

制,使得患者的全血黏度得到有效降低,从而起到了良好的抗炎效果。通过静脉输注方式给药避免了炎性渗出,对炎症的病理变化产生抑制,有效降低了瘢痕的产生和形成<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,治疗组总有效率(91.49%)明显高于常规组(80.85%),治疗组住院时间和盆腔包块消失时间明显短于常规组,两组比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。说明运用红花黄色素治疗宫外孕保守治疗后盆腔包块患者,能够起到良好的改善作用,且未见明显不良反应,可加快消除包块,减少甲氨蝶呤对人体的副作用,易于患者接受,临床中可推广使用。

#### 参考文献

- [1]邹淑波,王鸿艳,何晓宁.红花黄色素治疗宫外孕保守治疗后盆腔包块的效果分析[J].中国妇幼保健,2014,29(12):1881-1882
- [2]张园.红花黄色素治疗宫外孕保守治疗后盆腔包块临床观察[J].当代医学,2013,20(4):89
- [3]石红磊,方欣.宫外孕的治疗及护理进展[J].包头医学院学报,2015,21(3):148-151
- [4]刘娟,李建伟,乔玉峰,等.红花临床应用研究进展[J].医学研究与教育,2015,22(3):91-94
- [5]庞健丽.宫外孕方保守治疗宫外孕的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2013.101-103
- [6]段丽芹,马爱琴.宫外孕保守治疗 42 例临床观察[J].中国现代医生,2009,47(11):77-77

(收稿日期:2016-10-08)

## 不同手术切口治疗乳腺纤维瘤的效果对照研究与分析

姚伟旗

(河南省孟津县人民医院外科 孟津 471100)

**摘要:**目的:探讨不同手术切口治疗乳腺纤维瘤的效果。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月接收的 86 例乳腺纤维瘤患者,按照随机抽签法分为研究组( $n=43$ )和对照组( $n=43$ ),研究组经乳晕弧形状切口治疗,对照组经放射切口治疗,比较和分析两组的治疗效果。结果:研究组手术时间长于对照组( $P<0.05$ ),研究组术中出血量、住院时间、并发症发生率、总满意率均优于对照组( $P<0.05$ )。结论:经乳晕弧形状切口治疗乳腺纤维瘤能取得显著的效果,虽然其手术时间较长,但对于乳房美观影响较小,容易被患者所接受,且术后并发症发生率较低,能提高患者术后的生活质量,建议推广。

**关键词:**乳腺纤维瘤;乳晕弧形状切口;放射切口;治疗效果

中图分类号:R737.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.11.025

乳腺纤维瘤是临床常见的一种女性良性肿瘤,多发于 20~35 岁女性,临床将手术作为主要治疗方法,传统放射切口切除乳腺纤维瘤,其暴露十分良好,能够完整的将肿瘤切除掉,但其手术创口较大,术后会留下十分明显的手术瘢痕,严重影响乳房的美观,为患者的心理带来了严重的负担<sup>[1]</sup>。经乳晕弧形状切口切除乳腺纤维瘤,没有十分明显的手术切口,美容效果十分显著,术后并发症也较少,能使患者的治疗满意度得到提高。本研究对两组患者分别经乳晕弧形状切口和放射切口治疗,均取得了一定的效果。现报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 2 月~2016 年 2 月接收的 86 例乳腺纤维瘤患者,按照随机抽签法分为研究组( $n=43$ )和对照组( $n=43$ )。研究组年龄 20~38 岁,平均年龄( $28.45\pm 3.52$ )岁,病程 2 d~24 个月,平均病程( $8.45\pm 1.12$ )个月,肿块直径 0.7~4.0 cm,平均直径( $2.12\pm 0.68$ )cm;对照组年龄 21~38 岁,平均年龄( $28.89\pm 3.75$ )岁,病程 5 d~24 个月,平均病程( $8.46\pm 1.31$ )个月,肿块直径 0.7~4.1 cm,平均直径( $2.18\pm 0.69$ )cm;两组患者一般资料比较( $P>$

0.05),具有可比性。

**1.2 方法** 研究组患者经乳晕弧形状切口治疗,要求患者保持仰卧位,用利多卡因行局部浸润麻醉,根据肿瘤的具体位置做一个弧形状绕乳晕切口,依次将皮肤与皮下组织切开,沿着大乳管的方向从腺体表层逐渐分离一直到肿瘤部位,呈放射状切开腺体到肿瘤的边缘部位,游离肿瘤及其周围组织,将肿瘤完整的切除掉,用电凝止血,之后缝合腺体、皮下组织等,切口部位行常规加压包扎,标本送至病理室进行检查<sup>[2-3]</sup>。对照组患者经放射切口治疗,要求患者保持仰卧位,用利多卡因行局部浸润麻醉,根据传统以乳头为中心做放射状切口,之后的步骤与研究组一致。

**1.3 评价指标** 记录两组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、并发症发生情况,采用术后美容效果满意度评价表对患者的满意度进行评价,包括满意、一般、较差,总满意率=(满意+一般)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.4 统计学分析** 数据以统计学软件 SPSS18.0 分析,以( $\bar{x}\pm s$ )表示计量资料,经  $t$  检验;以率(%)表示计数资料,经  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意

义。

## 2 结果

2.1 两组手术观察指标比较 研究组手术时间长于对照组 ( $P < 0.05$ ), 研究组术中出血量、住院时间少于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组手术观察指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
研究组	43	24.15 ± 12.52	20.23 ± 5.45	8.45 ± 0.36
对照组	43	20.11 ± 11.63	28.56 ± 6.46	12.35 ± 1.14

2.2 两组并发症发生率比较 研究组总发生率明显少于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较 [例 (%)]

组别	n	局部血肿	切口感染	乳晕感觉异常	总发生
研究组	43	1 (2.33)	1 (2.33)	1 (2.33)	3 (6.98)
对照组	43	3 (6.98)	5 (11.63)	2 (4.65)	10 (23.26)

2.3 两组术后美容效果满意度比较 研究组总满意率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组术后满意度比较 [例 (%)]

组别	n	满意	一般	较差	总满意
研究组	43	31 (72.09)	11 (25.58)	1 (2.33)	42 (97.67)
对照组	43	28 (65.12)	10 (23.26)	5 (11.63)	38 (88.37)

## 3 讨论

乳腺纤维瘤是临床最为常见的一种乳房良性肿瘤, 此病的发生与患者雌激素代谢水平有着紧密的联系, 此病多发于代谢较为旺盛的 20~35 岁女性, 临床表现为单发、多发无痛性肿块, 患者通常没有自觉症状。乳腺纤维瘤的临床诊断应与乳腺囊肿、乳腺癌等进行区别, 常用检查方式为彩超、体格检查等, 手术是治疗乳腺纤维瘤的最常用和最根本的治疗方法<sup>[9]</sup>。

放射切口虽然有操作简单、视野清晰、完整切除肿瘤等特点, 但其术后瘢痕较大, 尤其是对于多发纤维

瘤患者来说, 其很容易在术后出现两侧乳房不对称情况, 为患者的身心带来严重的伤害<sup>[5]</sup>。经乳晕弧形切口其手术切口十分隐蔽、术后瘢痕较少, 对于患者的乳房美容效果不会产生较大的影响, 能被患者所接受。

虽然经乳晕弧形状切口治疗乳腺纤维瘤有很多优点, 但手术适应证具有一定的局限性, 所以在治疗中需要做好以下几点工作: (1) 术前需要经过各项检查来确定患者的乳腺纤维瘤为良性, 若术前无法确定或患者年龄较大, 则应告知患者不适宜选择此种方法治疗。(2) 此手术方法对于乳腺肿瘤距离乳晕的距离有一定的要求, 若距离  $> 5 \text{ cm}$  不利于肿块的暴露, 且术中若强行切除, 很可能引起术后并发症<sup>[6]</sup>。(3) 切口应尽量选择环乳晕边缘偏外侧, 不能选择在乳晕区中, 这样才不会影响术后乳房的美观。

本研究结果显示, 研究组手术时间长于对照组 ( $P < 0.05$ ), 研究组术中出血量、住院时间、并发症发生率、总满意率均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。由此可见, 经乳晕弧形状切口切除乳腺纤维瘤, 不仅能提高患者的乳房美容效果, 也能降低术后并发症发生率, 建议推广。

### 参考文献

[1] 方新军. 不同手术切口切除乳腺纤维瘤的临床观察[J]. 中国基层医药, 2012, 19(19): 2939-2940

[2] 徐广华. 不同手术切口治疗乳腺纤维瘤的疗效比较[J]. 中国基层医药, 2013, 20(16): 2465-2467

[3] 吴晓飞. 不同手术切口切除乳腺纤维瘤的临床效果比较分析[J]. 中外医疗, 2012, 31(18): 1, 3

[4] 史采夫. 不同手术切口切除乳腺纤维瘤的临床效果[J]. 母婴世界, 2016(3): 55

[5] 黄晓晖. 探讨不同手术切口治疗乳腺纤维瘤的疗效比较[J]. 医学信息, 2014, 27(39): 368-369

[6] 孙钦国. 不同手术切口在乳腺纤维瘤治疗中的应用价值对照[J]. 医学信息, 2015, 28(41): 277-278

(收稿日期: 2016-10-26)

(上接第 13 页)

[5] 关瑞剑, 罗湛滨, 赵杰. 六磨汤口服治疗痔术后排便困难的临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(3): 53-54

[6] 楚慧秋, 侯晓华. 慢性便秘的病因及病理生理[J]. 中华消化杂志, 2012, 32(5): 289

[7] 谭正洋, 胡捷. 混合痔术后排便困难的临床观察和调控[J]. 中外医学研究, 2013, 11(26): 113-114

[8] Ramkumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review [J]. Am J Gastroenterol, 2005, 100(4): 936-971

[9] 陈海滨, 蔡敏, 杨小钰, 等. 聚乙二醇 4000 散治疗混合痔术后首次排便困难的临床研究[J]. 中国医药, 2013, 8(9): 1335-1336

[10] 张怡, 汪庆明. 混合痔内扎外剥术后排便困难分析及应对[J]. 结直肠肛门外科, 2012, 18(6): 395-397

[11] 曹立幸, 陈志强. 中医药对围手术期术后胃肠功能恢复作用的研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 858-860

[12] 冯硕, 刘绍能. 中医药治疗功能性便秘机制的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2013, 21(6): 459-463

[13] 胡远, 童荣生, 杨勇. 理气复胃口服液的制备工艺研究[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(14): 7-9

[14] 荣晓凤, 曹文富, 何英, 等. 理气复胃口服液治疗功能性消化不良 II 期临床试验[J]. 中国新药与临床杂志, 2005, 24(5): 388-389

[15] 陈瑾. 理气复胃口服液的制备、质量控制及临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(31): 54-55

(收稿日期: 2016-09-24)