doi:10.11659/jjssx.12E015187

腹腔镜下乙状结肠代阴道和腹膜代阴道成形术治疗Ⅱ型阴道闭锁

包碧惠[1,2],徐忠兰[1,3],宋 娟[1,4],刘春桃[2],陈 勇[1],徐惠成[1],梁志清[1],唐 帅[1] (1.第三军医大学西南医院妇产科,重庆 400038;2.成都军区总医院妇产科,四川 成都 610083;3.涪陵区妇幼保健院妇科,重庆 涪陵 408000;4.成都军区机关第一门诊部,四川 成都 610011)

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜下乙状结肠代阴道和腹膜代阴道成形术治疗Ⅱ型阴道闭锁的效果。**方法** 我院2015年5月至2015年10月收治8例先天性阴道完全闭锁(Ⅱ型阴道闭锁)患者,均顺利实施腹腔镜下乙状结肠代阴道、腹膜代阴道成形手术;比较分析2组基本手术情况、预后疗效、预期性生活等情况,总结较理想的治疗方法。**结果** 腹膜代阴道成形术手术时间、出血量、创伤和术后恢复更理想,而乙状结肠代阴道成形术更接近生理意义上的阴道,粘连、狭窄的风险低,对手术操作要求高,但术后黏液样分泌物较多。2例子宫发育良好者术后经血通畅,无痛经等症状,4例子宫缺如、2例始基子宫患者术后性生活满意。**结论** 完全性阴道闭锁而子宫功能良好者应于青春期手术,以恢复其生理与生殖功能,无子宫或子宫发育不良者可在成年后一次性手术矫正阴道闭锁,而腹腔镜下腹膜代阴道和乙状结肠代阴道手术实现了微创、美观、润滑、通畅的人工阴道。

[关键词] Ⅱ型阴道闭锁;腹腔镜;乙状结肠代阴道;腹膜代阴道

[中图分类号] R713.3 [文献标识码] A [收稿日期] 2015-12-13

Laparoscopic-assisted vaginoplasty by using sigmoid colon and peritoneum for congenital complete colpatresia

BAO Bi-hui[1,2], XU Zhong-lan[1,3], SONG Juan[1,4], LIU Chun-tao[2], CHEN Yong[1], XU Hui-cheng[1], LIANG Zhi-qing[1], TANG Shuai[1] (1. Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Chengdu Military General Hospital, Chengdu Sichuan 610083, China; 3. Department of Gynecology, Maternal and Child Health Hospital, Fuling Chongqing 408000, China; 4. First Outpatient Department, Chengdu Military Region, Chengdu Sichuan 610011, China)

Abstract: Objective To study the desired therapeutic effect of vaginoplasty using sigmoid colon or peritoneum for entire vaginal atresia. **Methods** From May 2015 to October 2015, 8 patients with complete vaginal atresia in our hospital performed vaginoplasty using sigmoid colon or peritoneum successfully. The operation methods, prognosis and therapeutic effect and quality of sexual life of two groups were compared and analyzed to investigate a perfect operative method and ideal nursing. **Results** Laparoscopic vaginoplasty using the peritoneum compared with that using sigmoid colon has advantages of shorter time of operation, less bleeding, less trauma and quicker recovery. However, artificial vagina using sigmoid colon was much more similar to a natural vagina in morphological and physiological characteristics, merely accompanied by excessive mucus discharge during the postoperative period. At lower risk of vaginal adhesion and stenosis, laparoscopically assisted vaginoplasty using sigmoid colon graft also puts high technical requirements. Two patients normally developed uterus menstruate regularly. Four patients without uterus and 2 patients with rudimentary uterus experienced good sexual intercourse after vaginoplasty. **Conclusion** Patients with complete colpatresia who have normal womb should creat a patent and functional vagina until adolescence to restore its physiological and reproductive function. Anatomical reconstructive treatment of vaginal agenesis for patients with absent or hypoplastic uterus can be postponed till the late teens or in the adult. Both laparoscopic sigmoid vaginoplasty and peritoneal vaginoplasty achieve a minimal-invasive, cosmetic, natural lubricous, smooth artificial vagina for patient's sex life satisfactory.

Keywords: entirely vaginal atresia; laparoscopy; sigmoid vaginoplasty; peritoneal vaginoplasty

女性生殖道畸形的发生率为4% ~7%[1]。由于胚胎期泌尿生殖窦发育缺陷及融合后的副中肾管末端未腔化,使阴道管腔完全闭锁(又名Ⅱ型阴道闭锁),可合并宫颈发育不良、宫颈闭锁,伴有功能良好的子宫将发生青春期周期性下腹痛而无月经初潮[2-3]。此类患者具有正常的46, XX细胞核型、卵巢功能和女性第二性征,也有着正常的性心理和性生理[4-5],及早制订个体化手术方案再造一个解剖上、生理上接近正常的、永久通畅的阴道,可使患者获得性健康,同时缓解患者和家人面临的婚姻、生育和精神压力[6-7]。

上世纪80年代人们开始探索肠道代阴道术,在90年代后采用羊膜、颊黏膜、膀胱、前庭黏膜、腹膜代阴道;近几年又采用阴部大腿或耻骨弓以上的皮瓣法、脱细胞皮片法、回肠法、组织工程补片法在人工阴道穴

[基金项目] 国家自然科学基金(81300455)

[通信作者] 梁志清,E-mail:zhi.lzliang@gmail.com;唐 帅,E-mail:81423035@qq.com

腔内被覆阴道上皮样组织[5,7-11]。羊膜代阴道不需开腹,但有病毒交叉感染的风险[4],且术后阴道前庭上皮沿羊膜纤维素膜样支架移行生长的时间长,易发生阴道狭窄与瘢痕挛缩[12]。游离前庭皮片成形手术也由于取皮创面大、术后愈合慢、多毛等并发症,现已很少采用[7,13]。回肠移植因肠系膜太厚无张力而很难到达会阴[14]。由于腹膜组织红润、柔软,且再生、愈合能力强,是阴道造穴后较为理想的衬垫[15];乙状结肠组织结构和解剖位置非常接近阴道,且具有分泌功能[16]。因此,腹膜或乙状结肠成为较理想的阴道上皮组织替代物,但传统的开腹手术创伤大,腹壁疤痕明显,术后恢复慢,并发症较多[17]。我科对Ⅱ型阴道闭锁行腹腔镜下腹膜代阴道成形术和乙状结肠代阴道成形术有丰富的手术治疗经验[15-16],与传统开腹手术同样安全、有效,而且视野好、创伤小、痛苦轻、恢复快,是Ⅱ型阴道闭锁患者较理想的治疗方式。现将2015年5月至2015年10月我院完成的8例Ⅱ型阴道闭锁患者的手术体会报告如下。

1 资料与治疗

1.1 临床资料

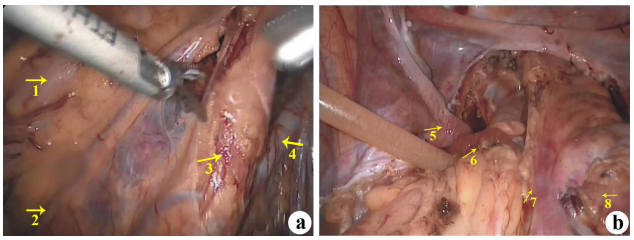
我科2015年5月至2015年10月收治Ⅱ型阴道闭锁患者共8例,年龄15~26岁,平均20.3岁,以无月经初潮或伴周期性下腹疼痛就诊。妇科检查:外阴第二性征和黏膜色泽正常,尿道口略低,下方隐约可见处女膜痕迹及浅凹,无阴道开口及膨出、裂隙;肛诊:盆腔空虚,无子宫及囊性包块,或扪及20~50 mm大质中、活动的宫体组织。盆腔彩超:4例子宫缺如,2例始基子宫(10~25 mm),2例正常子宫(30~50 mm),宫内膜线状,宫腔、输卵管少许积液,双侧卵巢见卵泡发育。核型46, XX。性激素6项、甲功、听力均正常;MRI、X射线排除盆腔、心脏、骨骼及泌尿系统异常[4-5]。

1.2 方法

1.2.1 乙状结肠代阴道成形术(4例患者)

1.2.1.1 人工阴道定位 超声刀打开膀胱反折腹膜,在膀胱和直肠间隙向下分离;子宫发育正常者则于子宫膀胱间隙用超声刀剪开盆底腹膜,向下游离膀胱约3 cm,打开子宫直肠间隙腹膜,下推直肠;沿输尿管走行游离宫旁两侧输尿管至隧道入口,可于子宫峡部水平结扎子宫动脉下行支;于直肠与膀胱交汇处分离、暴露宫颈组织。切除始基子宫。腹腔镜监视下逐步分离膀胱尿道与直肠间隙直至外阴部;于阴道前庭尿道口下方凹陷处注射生理盐水后做"X"形切开,钝锐性分离尿道与肛门之间的纤维束,直至与可容2~3指的人工腔道相通。暴露韧性较大的宫颈组织,找出宫颈口,逐层作锥形切除宫颈组织直至宫口暴露、引出宫腔积血,宫颈发育良好者可行宫腔镜探查及双侧输卵管通液、造口术。

1.2.1.2 乙状结肠截取 分离乙状结肠与左侧盆壁的生理性粘连,从腹主动脉分离出肠系膜下动脉,切断左侧结肠动脉,保留乙状结肠动脉;从乙状结肠右侧剪开乙状结肠系膜,切断部分乙状结肠边缘血管,保留直肠上动静脉;于乙状结肠与直肠交界处切除肠系膜及肠脂垂,裸化、游离代阴道乙状结肠至平髂血管处乙状结肠(图1a)。于耻骨联合上1 cm处作1个3~5 cm长的横切口,将游离的代阴道乙状结肠从该切口牵拉出腹腔,根据血管和系膜情况预置带血管蒂的乙状结肠10~15 cm,上荷包钳,剪开左上两断端并荷包缝扎标识,左结肠内放置蘑菇头,右下段超声刀凝切开。所有肠管及断端送回盆腔,关闭腹横切口。打开气腹,从肛门经肛管上肠吻合器,将放置蘑菇头的乙状结肠近端与直肠断端吻合(图1b)。



a:乙状结肠的裸化(箭头1:正处理肠系膜及肠脂垂的乙状结肠,箭头2:乙状结肠动脉弓,箭头3:乙状结肠动脉分支,箭头4:右髂总动脉);b:乙状结肠代阴道成形术毕盆腔观(箭头5:左侧输卵管,箭头6:吻合后的乙状结肠直肠,箭头7:盲端乙状结肠的直肠上动静脉,箭头8:代阴道的乙状结肠顶端)

图1 乙状结肠代阴道成形术

1.2.1.3 人工阴道成形 将游离的带血管蒂乙状结肠近端转入人工阴道口外,3/0可吸收线间断缝合乙状结肠与人工阴道外口黏膜四壁。观察20 min肠管颜色正常,无张力缝合盆腔腹膜下组织。子宫发育良好者,在乙状结肠上段表面切1个小口,2/0薇乔线间断缝合宫颈残端于乙状结肠黏膜面。

1.2.1.4 术后处理 宫腔放置双腔球囊尿管作宫颈管支架引流积血10~14 d,阴道放置3~4张小纱布及1张油纱形成约8 cm长的纱布卷撑开人工阴道,48 h后取出填塞,阴道冲洗后放入碘伏消毒的商品化有孔(孔径15 mm)玻璃或塑料模具(3 cm×8 cm~3 cm×10 cm),指导患者每日阴道冲洗、模具消毒、安放,坚持阴道机械顶压3~6个月,预防人工腔穴周围纤维化引起瘢痕挛缩使阴道狭窄、闭锁。盆腔放置2根引流管,从左、右下腹5 mm穿刺孔,引流24~48 h。

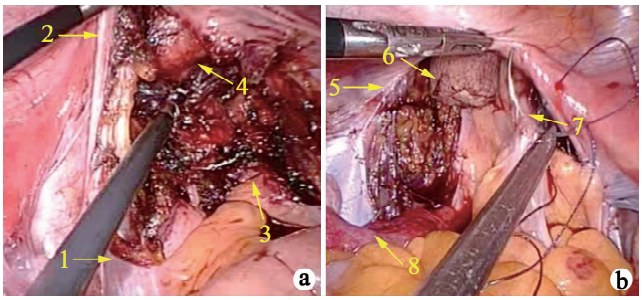
1.2.1.5 术后随访 术后1周、1个月、3个月、6个

月行电话随访、妇检了解阴道长度、宽度、性生活满意度及有无痛经,盆腔超声或宫腔镜检查盆腔、宫腔积液、宫颈管通畅情况,必要时术后 1 ~2 年内定时扩张宫颈管[18]。阴道上皮修复良好、阴道不再挛缩时可缩短放置时间、延长放置间隔,于晚上用模型扩张阴道至结婚,防止瘢痕挛缩、肌肉收缩使阴道容受差。

1.2.2 腹膜移植代阴道成形术(4 例患者)

1.2.2.1 人工阴道定位 腹腔镜下在膀胱和直肠间隙注射生理盐水,在膀胱直肠之间横形剪开腹膜约 6 cm,自切口两端再向前后、左右钝性分离腹膜 7 ~8 cm,使盆腔腹膜与直肠、盆壁、膀胱游离,切断子宫骶韧带,在两侧骨盆漏斗韧带下方做横形辅助切口打开盆侧壁腹膜约 4 cm,以减少向下牵引的张力(图 2a)。超声刀分离膀胱尿道与直肠间疏松组织,切穿盆膈,形成可容 2 ~3 横指(直径约 3.5 cm)、深约 9 cm的阴道腔隙;在腹腔镜监视下于阴道前庭处女膜痕凹处作“X”形切开,分离尿道与肛门之间纤维束,穿通顶端形成阴道腔。始基子宫、子宫发育正常者盆腔、宫颈处理同 1.2.1.1 所述。

1.2.2.2 人工阴道成形 组织钳将游离的前后两片盆腔腹膜从阴道顶端似套袖样拉下铺垫到阴道穴壁形成上皮支架,修剪、缝合腹膜创缘于阴道前庭切缘;2/0 可吸收线连续缝合膀胱腹膜与直肠腹膜反折(图 2b);子宫发育良好者连续双层缝合阴道壁创缘顶端腹膜到宫颈峡部创口黏肌层形成阴道穹窿、宫颈阴道部和阴道上部关闭盆腔,宫颈管切口创缘则间断缝合于阴道上段黏膜缺损处。



a:腹膜代阴道的盆腔腹膜分离;b:人工阴道成形后的盆底缝合;箭头 1:侧盆壁腹膜;箭头 2:膀胱及侧盆壁分离的较厚腹膜;箭头 3:直肠腹膜;箭头 4:尿道膀胱直肠间隔;箭头 5:左侧盆壁腹膜;箭头 6:填塞的阴道纱布卷;箭头 7:缝合成形阴道穹窿;箭头 8:左侧输卵管

图 2 腹膜移植代阴道成形术

1.2.2.3 术后处理 置腹膜橡胶引流管 1 根,从左侧腹壁穿刺孔,引流 24 ~48 h。宫腔引流、阴道填塞、阴道模具安放同 1.2.1.4。

1.2.2.4 术后随访 内容同 1.2.1.5。

1.3 统计学方法

2 种手术的围手术期指标采用 SPSS 15.0 统计学软件进行 t 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术期指标观察

2 组患者手术过程均顺利,无术中、术后并发症,但腹腔镜下腹膜代阴道成形术由于仅游离足够的盆腔腹膜,无需裸化、游离代阴道的乙状结肠及吻合乙状结肠与直肠,故手术时间短,术中出血量仅 52.0 mL,手术创伤小,术后恢复更快,表现在患者肛门排气、住院时间较乙状结肠代阴道术减少。经 t 检验(配对,双尾)分析,2 组间围手术期指标(表 1),即手术时间、肛门排气时间及住院时间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。而乙状结肠代阴道成形术为带血管蒂、有黏膜的完整管腔组织移行,理论上更接近生理意义上的肌性阴道,发生粘连、狭窄的可能性更小,由于手术涉及乙状结肠,创伤较腹膜代阴道更大,对操作技术要求高,游离乙状结肠系膜时应尽量避免破坏血管弓,保证吻合口不发生肠瘘、肠坏死、挛缩狭窄。

表 1 2 种手术方式的时效比较($\bar{x}\pm s$,$n=4$)

类别	手术时间(min)	术中出血量(mL)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)
腹膜代阴道	113.5 ±39.9	52.0 ±4.0	24.9 ±6.3	5.9 ±1.8
结肠代阴道	171.0 ±50.0	75.0 ±28.9	74.4 ±21.96	8.4 ±1.3
t	2.78	1.52	4.74	3.39
P	< 0.05	>0.05	< 0.01	< 0.05

2.2 预后疗效分析

8 例患者术后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月随访,均按医嘱放置阴道模型,且术后 1 周即能形成一个模型取放自如的天然腔道,无周期性下腹疼痛,大小便正常,阴道通畅,对分泌物气味无特殊不适,2 例子宫发育良好者于宫颈、阴道成形术后月经通畅,无痛经。

术后 4 例腹膜代阴道黏膜患者,妇检及宫腔镜下见阴道张力良好,表面光滑、湿润、淡红色,有弹性,长度和宽度富余,无粘连闭锁及狭窄环,宫颈口无闭锁;4 例乙状结肠代阴道患者,无肠漏发生,阴道畅通,弹性良好,光滑的黏膜表面见少许白色黏液样分泌物,无明显异味,在阴道长度、宽度和黏膜外观与正常阴道相比无明显差异。

2.3 预期性生活及生育功能

6 例术后 3 个月有性生活者对人工阴道满意,2 种手术方式的患者均在初始性生活前阴道口偶尔用少许润滑剂,但无患者发生阴道周围组织的纤维化、瘢痕狭窄而导致性生活困难。无性生活者 0.5 ~1 年内仍坚

持夜间戴模具最大程度防止瘢痕挛缩[4],甚至到结婚前期。4 例子宫缺如、2 例始基子宫患者行人工阴道成形术后仅能实现正常性生活愿望,2 例子宫发育良好者卵巢功能正常,周期性月经来潮,有望孕育。

3 讨论

由于Ⅱ型阴道闭锁常合并子宫发育差,青春期迟发性周期性下腹痛,且易经血反流导致输卵管积血和盆腔内异症、子宫腺肌病而引起不孕不育[19],故对于 14~16 岁已进入青春期尚无月经初潮者需进行妇检、性激素、盆腔彩超、MRI 等检查[5],排除处女膜闭锁、阴道上段、中下段、顶端或全段闭锁、宫颈闭锁、子宫颈管或峡部缺如、子宫体发育不良,以及附件异位囊肿、心脏、骨骼和泌尿系统畸形(单肾缺如、异位肾、肾囊肿、马蹄肾、肾错构瘤)[2,4,9],以尽早明确诊断,及时手术重建阴道使生殖道通畅,满足患者正常的生理和性心理[5-6]。

人工阴道的手术方式很多,但必须安全、简单、一次成形,避免更多更大的手术创伤和术后创面粘连、瘢痕狭窄而增加患者个人和家庭的精神压力[4,20-21]。在术中,我们首选腹腔镜下充分暴露视野,可清楚观察卵巢、子宫、输卵管有无发育及是否存在盆腔内异症、输卵管积血、子宫腺肌病、泌尿生殖道畸形,清晰解剖膀胱尿道与直肠隔,形成人工阴道腔穴后可查见有无宫颈闭锁等畸形,是否行宫颈锥切造口、宫腔引流,以最大可能恢复其生育功能。然后在腹腔镜下就解剖位置取材行阴道成形术,避免了腹壁大瘢痕,在较短的手术时间内实现了微创、出血少、恢复快、美观、近似天然的人工阴道[4,22]。代阴道的腹膜含有营养、支持作用的腹膜下结缔组织,再生能力强,无免疫排斥,无需质控,铺垫到分离的人工通道粗糙面后具有弥散、渗透、分泌和吸收功能,耐受性好,并对雌激素敏感而像正常阴道上皮一样鳞状化[4];在术后 2 周至 3~6 个月不中断放置模型扩张阴道,可最大程度防止穴腔粘连、狭窄、闭锁[15]。从盆腔后上方移位到阴道前庭的乙状结肠在长度、宽度上充分保证了一个宽大、富有弹性的天然穴道,保留了整个管道组织丰富的血供,移植物坏死的风险极低,肠黏膜自发分泌黏液,抵御损伤的能力较强,在性生活中还发挥润滑剂的作用而易于性满足,术后不需太长时间佩带模具[16,20]。

然而,乙状结肠代阴道成形术的手术时间长、创伤大,有感染、肠瘘、腹膜炎、移植肠段坏死、溃疡性结肠炎、肠道肿瘤的风险而牵涉多学科协作,远期随访阴道分泌物增多且有肠液异味而影响外阴卫生,性交时可能有人工阴道挛缩、腹痛等问题[16,22]。有报道个别患者出现阴道黏膜脱垂,为减少此并发症,术中常将代阴道的乙状结肠顶端固定于骶岬或盆底进行预防[20]。而腹膜代阴道成形术必须严格使用阴道模具至少 6 个月以度过人工腔道壁的瘢痕增生期,防止人工阴道的宽度、深度不够导致性交不适[15,22]。但随着腹腔镜下手术技巧的提高,在良好的盆底视野和操作空间下游离盆腔腹膜并横形切开盆侧壁腹膜,可更安全、快捷地创建一个能满足性交所需的人工阴道。在保持局部卫生和良好饮食习惯的情况下,我科曾统计分析 2 种术式的 40 例患者的并发症及远期的阴道长宽度、湿润度、弹性等方面无差异,性生活满意度和性功能指数量表评分也无统计学意义[16,22]。故腹腔镜下腹膜代阴道术与乙状结肠代阴道术均能获得理想的疗效而最大程度消除患者的心理阴影。

[参考文献]

[1] Grimbizis GF, Campo R. Clinical approach for the classification of congenital uterine malformations[J]. Gynecol Surg, 2012, 9(2): 119-129.

[2] Attar R, Yildirm G, Inan Y, et al. Uterus didelphys with an obstructed unilateral vagina and ipsilateral renal agenesis: A rare cause of dysmenorrhoea[J]. J Turk Ger Gynecol Assoc, 2013, 14(4): 242-245.

[3] Cezar C, Devassy R, Larbig A, et al. Efficacy risks of the minimal-invasive plastic and reconstructive neovagina Vecchietti technique in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome[J]. GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW, 2014. doi: 10.3205/iprs000054.

[4] Mhatre P, Mhatre J, Sahu R. New laparoscopic peritoneal pull-through vaginoplasty technique[J]. J Hum Reprod Sci, 2014, 7(3): 181-186. doi: 10.4103/0974-1208.142478.

[5] Eldor L, Friedman JD. Reconstruction of Congenital Defects of the Vagina. Liron Eldor[J]. Semin Plast Surg, 2011, 25(2): 142-147. doi: 10.1055/s-0031-1281483.

[6] Leithner K, Naderer A, Hartung D, et al. Sexual and Psychosocial Functioning in Women with MRKHS after Neovaginoplasty According to Wharton-Sheares-George: A Case Control Study[J]. PLoS One, 2015, 10(4): e0124604. doi: 10.1371/journal.pone.0124604.

[7] Abali R, Kuvat SV, Bozkurt S, et al. Report of surgical correction of a cervicovaginal agenesis case: cervicovaginal reconstruction with pudendal thigh flaps[J]. Arch Med Sci, 2013, 9(1): 184-187. doi: 10.5114/aoms.2013.33071.

[8] 王一婷,贺豪杰,梁华茂,等.先天性宫颈阴道闭锁初次手术治疗失败后的再处理:附 5 例报告[J].中国微创外科杂志,2013,13(2):145-148. doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2013.02.014

[9] 王 曼,苏铁芬,马文擎,等.阴道发育异常 247 例临床分析[J].现代妇产科进展,2012,21(11):825-828.

[10] Benedetti Panici P, Maffucci D, Ceccarelli S, et al. Autologous in vitro cultured vaginal tissue for vaginoplasty in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: anatomic and functional results[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2015, 22(2): 205-211. doi: 10.1016/j.jmig.2014.09.012.

doi:10.11659/jjssx.07E015155

负压封闭引流技术与传统脓肿引流术治疗乳腺脓肿疗效对比

张立清,张喜平 (内蒙古医科大学附属医院普外科,内蒙古 呼和浩特 010050)

[摘 要] **目的** 探讨对比负压封闭引流技术与传统脓肿引流术治疗乳腺脓肿的临床效果。**方法** 将2013年2月至2014年12月收治的59例乳腺脓肿患者随机分为观察组和对照组,分别行负压封闭引流技术和传统脓肿引流术,观察2组患者的脓腔愈合时间、瘢痕长度、平均住院时间、换药频次、疼痛程度;对比患者乳房变形情况以及术后6个月复发情况。**结果** 观察组脓腔愈合时间(10.3±1.2) d,瘢痕长度(1.5±0.2) cm,平均住院时间为(12.7±3.5) d,对照组分别为(16.5±2.6) d、(4.5±0.6) cm、(26.9±3.3) d,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组换药频次、疼痛评分为(3.9±1.1)次、(3.3±0.6)分,对照组为(10.5±1.5)次、(6.7±0.9)分,2组比较差异有统计学意义($P<0.01$);随访6个月,观察组无复发病例,对照组有1例复发,但2组比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组无乳房变形发生,对照组为5例,2组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 与传统脓肿引流术比较,负压封闭引流技术治疗乳腺脓肿疗效显著,可加快脓腔愈合,减轻患者痛苦且不会影响美观度,更加安全可靠。

[关键词] 乳腺;脓肿;负压封闭引流技术

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] A [收稿日期] 2015-11-10

Comparative of vacuum sealing drainage and traditional abscess drainage for patients with breast abscess

ZHANG Li-qing, ZHANG Xi-ping (Department of General Surgery, Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Hohhot Inner Mongolia 010050, China)

Abstract: Objective To compare the efficacy of vacuum sealing drainage(VSD) and the traditional treatment for breast abscess drainage abscess. **Methods** A total of 59 cases with breast abscess in our hospital from February 2013 to December 2014 were randomly divided into two groups. The observation group underwent VSD and the control group treated by traditional abscess drainage of abscesses. The healing time, scarring length, the average length of hospital stay, number of dressing changes, pain degree were observed. The breast deformation and the recurrence of patients after 6 months were compared. **Results** The abscess healing time, the length of scar and the average days of hospitalization were respectively (10.3±1.2) d, (1.5±0.2) cm, (12.7±3.5) d, the control group were respectively (16.5±2.6) d, (4.5±0.6) cm, (26.9±3.3) d. The difference between two groups was statistically significant($P<0.05$). The number of dressing changes and pain score of observation group were respectively (3.9±1.1) times and (3.3±0.6) points, the control group were respectively (10.5±1.5) times and (6.7±0.9) points. The difference between two groups was significant($P<0.01$). All patients were followed up for 6 months, no recurrence was in observation group, and 1 case with recurrence in control group, the difference was not statistically significant($P>0.05$). No

[11] Murthy C, Ashok K, Kalal SK. Labial flap vaginoplasty with sacrospinous fixation[J]. J Turk Ger Gynecol Assoc, 2010, 11(4): 223-224. doi:10.5152/jtgga.2010.43.

[12] 许培箴,张 蓉,褚国强,等. 先天性宫颈阴道闭锁手术方式探讨[J]. 中国临床医学,2004,11(6):1082-1083.

[13] 王帮河,汪春兰,曹东升,等. 小阴唇皮瓣法治疗阴道闭锁[J]. 中国美容医学,2010,19(7):970-971. doi:10.3969/j.issn.1008-6455.2010.07.011.

[14] Guarino N, Scommegna S, Majore S, et al. Vaginoplasty for disorders of sex development[J]. Front Endocrinol (Lausanne), 2013, 4: 29. doi: 10.3389/fendo.2013.00029.

[15] 徐惠成,梁志清,陈 勇,等. 腹腔镜下腹膜代阴道治疗先天性无阴道的疗效分析[J]. 第三军医大学学报,2004,26(22):2015-2016.

[16] 曹莉莉,徐惠成. 腹腔镜腹膜代阴道成形术和乙状结肠代阴道成形术治疗先天性无阴道临床疗效比较[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(6):435-438.

[17] Le A, Wang Z, Shan L, et al. Peritoneal vaginoplasty by Luohu I and Luohu II technique: a comparative study of the outcomes[J]. Eur J Med Res, 2015, 20: 69. doi: 10.1186/s40001-015-0165-x.

[18] 陈玉红,单 晶,李洪娟. 腹腔镜下先天性阴道闭锁并宫颈闭锁成形术5例[J]. 中国美容医学,2010,19(4):590.

[19] Pushkar P, Rawat SK, Chowdhary SK. Robotic approach to vaginal atresia repair in an adolescent girl[J]. Urol Ann, 2015, 7(3): 396-398. doi:10.4103/0974-7796.152054.

[20] Rawat J, Ahmed I, Pandey A, et al. Vaginal agenesis: Experience with sigmoid colon neovaginoplasty[J]. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2010, 15(1): 19-22. doi:10.4103/0971-9261.69136.

[21] Mungadi IA, Ahmad Y, Yunusa GH, et al. Mayer-rokitansky-kuster-hauser syndrome: surgical management of two cases[J]. J Surg Tech Case Rep, 2010, 2(1): 39-43. doi:10.4103/2006-8808.63725.

[22] Cao L, Wang Y, Li Y, et al. Prospective randomized comparison of laparoscopic peritoneal vaginoplasty with laparoscopic sigmoid vaginoplasty for treating congenital vaginal agenesis[J]. Int Urogynecol J. 2013, 24(7): 1173-1179. doi:10.1007/s00192-012-1991-9.

(编辑:左艳芳)