

· 论 著 ·

双环法中央蒂真皮帽乳房缩小成形术的临床实践

张茂红, 杜庆安, 宗 逊, 章冠东

[摘要] **目的** 总结双环法中央蒂真皮帽乳房缩小成形术在巨乳治疗中的临床应用经验。**方法** 对 32 例 64 侧乳房肥大伴或不伴乳房松垂者, 采用以乳头为中心的中央蒂真皮帽双环法乳房缩小成形术, 保留第 4 肋间神经径路的乳腺组织的完整性, 切除多余的腺体组织, 环形荷包缩拢外环口缝合。**结果** 切除腺体组织量 150 ~ 920 g/侧。3 例术后 9 ~ 12 d 拆线时切口部分裂开; 1 例乳头表面部分坏死, 经换药后痊愈。余均无伤口感染、血肿等并发症。随访 0.5 ~ 5 年, 5 例切口处瘢痕增生; 4 例乳房形态不佳再次修复后满意; 1 例乳房肥大复发伴松垂。其余患者双侧乳房大小和乳头乳晕对称, 形态自然, 乳房上极较饱满, 瘢痕隐蔽, 乳头乳晕感觉正常, 效果满意。**结论** 双环法中央蒂真皮帽乳房缩小成形及悬吊术设计操作简单、灵活, 瘢痕隐蔽, 手术后可确保乳头乳晕的血供、感觉与哺乳功能。

[关键词] 巨乳症; 双环法; 中央腺体蒂; 乳房真皮帽; 乳房缩小术

[中图分类号] R655.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1672-271X(2012)01-0016-04

Clinical practice of reduction mammoplasty using the central breast pedicle by a Double-Ring method

ZHANG Mao-hong, DU Qing-an, ZONG Xun, ZHANG Guan-dong. Department of Burn and Plastic Surgery, 81 Hospital of PLA, Nanjing, Jiangsu 210002, China

[Abstract] **Objective** To summarize the clinical experience of the breast reduction with the Double-Ring central pedicle dermal cap method in treatment of macromastia. **Methods** To 32 patients with macromastia and/or mastoptosis, we used the Double-Ring central pedicle dermal cap breast reduction method with the nipple in the center, retained the mammary gland containing the IV intercostals nerve, excised the redundant mammary gland in the periphery connately, and the incision of the outer ring was sutured by purse-string suture to reduce the outer incision to the size of the inner one with the non-absorbable suture. **Results** The weight of unilateral resected tissue was 150 g to 920 g. Three patients' incisions split partially when dermal sutures out 9 - 12 days after operation. One patient's nipple surface showed up necrosis and was cured through changing dressings. Complications such as infection and haematoma did not occur on the other patients. All patients were followed up for 0.5 - 5 years. Five patients' incision appeared obvious scar, 4 patients felt satisfied after the repair of the areolae appearance. One patient recurred, and the other patients were satisfied with the results including symmetrical size of breasts, symmetrical nipples and areolae, the natural appearance, the normal touch sensation, the full upper quadrant of breasts and the concealed scars. **Conclusion** It is an ideal method with simplicity, flexibility and results of concealed scar. After the operation, the normal touch sensation and blood supply of nipples and areolae can be preserved, so does lactational function.

[Key words] macromastia; Double-Ring technique; central gland pedicle; breast dermal cap; reduction mammoplasty

正常女性乳房的体质量为 250 ~ 350 g, 呈半球状, 超过这个范围的乳房称为乳房肥大^[1]。女性乳房过于肥大与下垂, 给工作和生活带来诸多不便, 常规的缩乳手术有多种术式, 如上、下蒂, 水平蒂, 以及垂直双蒂等, 但这些术式都有不尽完美之处: 对腺体组织的损伤较大, 又影响哺乳功能; 且常遗留明显的

瘢痕而影响乳房完美的外观。我科根据乳房的解剖学特点, 2002 年 6 月至 2009 年 12 月对 32 例采用以乳头、乳晕中心区的乳腺组织为蒂, 结合围绕乳晕双环形切口进行巨乳缩小成形术, 术后乳房外观丰满对称, 切口瘢痕隐蔽, 乳头、乳晕血运及感觉良好, 并保留了良好的哺乳功能, 效果满意。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 32 例(64 侧乳房), 女性, 年龄 18

作者简介: 张茂红(1954-), 女, 山东无棣人, 本科, 主任医师, 从事烧伤整形外科工作

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院烧伤整形科

~49 岁,平均 33 岁。已婚已育 29 例,未婚未育 3 例。根据业内认可的巨乳分度法^[1]:轻度 9 例 18 侧,中度 16 例 32 侧,重度 7 例 14 侧。中、重度乳房肥大患者均伴有不同程度的乳腺增生或良性乳腺肿瘤,手术中切除的腺体量 150~920 g/侧。

1.2 方法

1.2.1 术前设计 患者取坐位,双手自然下垂,分别标记出锁乳线、胸乳线及胸骨正中线。新乳晕距乳头 4~4.5 cm,新乳晕缘即为双环的内环切口。以双上臂中点连线与锁乳线的交叉点为新乳头的位置点 A,约距胸骨切迹 18~24 cm,具体数值依据患者的体型略有变化。乳房下皱襞中点向上 6~7 cm 为 B 点;两乳头连线距胸骨正中线 9~11 cm 为 C 点,依据乳头至 C 点的相等距离自乳头向外定出 D 点,弧形连接 ADBC 4 点作为外环切口。见图 1。

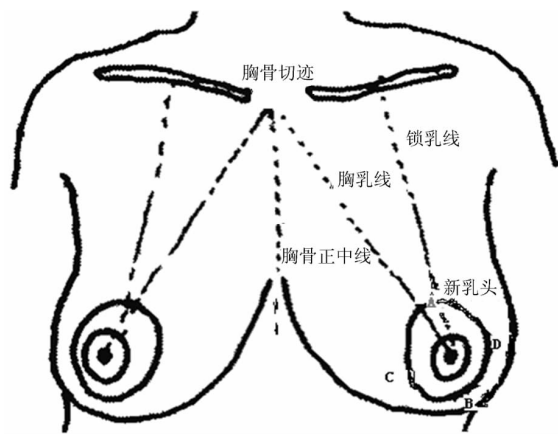


图 1 手术设计示意图

1.2.2 腺体切除位置的确定 ①根据肿瘤或增生性病变区域确定;②切除外上象限的腺体组织,重度乳房肥大则采取外上、下象限双向反“V”字楔形切除,或多象限楔形切除多余腺体;③对于轻度肥大或仅下垂患者,则不需切除腺体组织。

1.2.3 手术步骤 患者行全身麻醉。①切开剥离:用消毒橡皮管缩紧乳房的基底部,使皮肤绷紧以利于去表皮操作。去除内外环之间的表皮,形成真皮帽;沿外环切开达腺体包膜,在腺体表面行钝锐性剥离至腺体边缘。②乳腺切除及塑形:根据术前设计对上、下象限肥大或有病变的乳腺组织做楔形切除,注意不做乳房后间隙分离,保持乳头、乳晕后方中央蒂血运、外下象限腺体的完整性。创面彻底止血后,将剩余腺体塑形缝合呈圆锥形。将真皮帽向四周展平似乳罩样缝合于胸肌筋膜或腺体边缘组织上,腺体上缘用 7 号丝线悬吊固定于第二肋间水平的胸肌

筋膜上,一般固定 3~4 针。③切口缝合:适当修剪皮瓣下过多的皮下脂肪组织,放置负压引流管。用 3-0~4-0 锦纶线于外环真皮层做荷包缝合、收紧至与内环口径相等后结扎,平分皱褶,1-0 丝线间断缝合切口皮下组织,3-0 丝线间断关闭皮肤切口。④固定:塑形包扎固定新乳房。

1.2.4 术后处理 术后常规使用抗生素预防感染。于术后 3~5 d 根据引流液量拔除引流管。术后 10~14 d 拆线。双侧乳房弹性塑形包扎 3 个月。

2 结果

本组 32 例术后拆线时 3 例切口部分裂开,经换药等处理后切口延迟愈合;1 例发现乳头表面部分坏死,经换药后痊愈。其余切口均 I 期愈合,乳房外形满意。随访 0.5~5 年,5 例瘢痕增生,但未做修整。4 例乳晕形态呈横向或纵向椭圆形,经再次修复后满意。1 例术后 1 年乳房再现肥大,需再次手术矫正。其余患者双侧乳房大小和乳头乳晕对称,形态自然,乳房上极较饱满,瘢痕隐蔽,乳头乳晕感觉正常,乳晕周围的皮肤皱褶于 6~12 个月内均逐渐消失或好转,满意率达 68.8%。

3 讨论

3.1 双环法乳房缩小成形术概况 乳房缩小成形术是将过于肥大的乳房进行重塑,以恢复女性乳房完美形态,有效缓解种种不适症状,提高患者的生活质量,重拾自信^[2-3]。理想的乳房缩小成形术应做到^[4]:①缩小后的乳房大小合适,形态良好,两侧对称;②乳头、乳晕位置及感觉良好;③切口隐蔽,瘢痕少;④尽可能保留乳房的哺乳功能;⑤缩小后保留正常乳房的弹性和良好的皮肤张力。传统的许多乳房缩小术式因会给乳房遗留明显的“锚”形瘢痕,且常常导致乳头乳晕感觉缺失、哺乳功能丧失,而影响手术的最终效果,一直是困扰整形医生和患者的难题。随着对乳房临床应用解剖学的深入研究,发现乳头、乳晕的血供除通过周围真皮下血管网外,还有来自乳腺组织基底部的深动脉直接供应。我们在 Benelli^[5]采用双环切口进行垂乳整形的基础上加以细化,我们采取的手术要点是:根据个体化乳房缩小的需要,楔形切除部分乳腺组织或有病变的腺体组织;保存第 4 肋间神经路径及乳头乳晕中心区乳腺组织蒂的完整性;将双环区域内去表皮的真皮帽固定于腺体缘胸壁筋膜或近腺体边缘,形成似“内置式胸罩”,将保留的中央腺体蒂包裹成半圆形,使乳房恢复其圆润而富有弹性的形态。

3.2 切口设计要点 正确的术前评估和设计是乳房缩小术获得良好结果的关键,因此,在做术前缩乳切口设计时应以正常乳房位置与形态为基准:乳头乳晕位于锁骨中线第 4 肋间水平,胸骨切迹距乳头 18~24 cm,胸骨正中线距乳头 10~12 cm,乳房下皱襞至乳头 5.0~7.5 cm,平均 6.5 cm^[1]。另外,新乳晕内环过小会加重缝合后的皮肤皱褶,而过大则影响乳晕及乳房整体的美观^[3]。本术式均采用上述各数据进行缩小前的乳房设计,外环形状根据乳房下垂形态可为圆形、椭圆形。

3.3 乳腺组织的切除方位选择 腺体切除区域多选择在外上象限,因此处为乳癌、乳房良性肿瘤和腺体异常增生的好发部位,切除此区域的腺体组织在一定程度上可减少乳癌的发生,起到缩乳及预防保健的双重效果^[6-7]。若需切除大量的腺体组织,则应再将下象限切除,或行周边多点切除腺体组织。有报道介绍^[8],即使切除组织量达到乳房的 2/5 也可以确保乳房的外形和安全,只要保证乳腺中央区基底未游离,并尽可能保留乳房外下象限第四肋间神经径路的完整性,即能保证乳头、乳晕的血供和神经支配。应当注意的是:按乳腺小叶放射状分布的解剖原理,楔形切除多余腺体是最科学、损伤最小的切除方式,可避免损伤乳腺导管,既为乳房塑形提供了良好的基础,又保留了乳房的哺乳功能,为未婚妇女的缩乳手术提供一个重要途径。对皮下组织和乳腺包膜之间剥离时,有学者^[9-10]强调应广泛彻底全方位地分离,如不充分分离皮瓣和腺体,则在乳腺腺体向上悬吊复位时,未游离的皮肤因库柏韧带而受到牵扯皱缩。但我们在临床中体会:可根据手术需要灵活掌握,不一定彻底广泛地分离,以尽可能减少组织损伤,保障乳头乳晕的血供与神经支配。

3.4 真皮帽的作用 真皮帽技术于 1982 年由 Lalardrie^[11]首先报道,其手术特点是依靠真皮帽,将剩余腺体重塑形成半球形。真皮帽的作用^[12]:①保证乳头乳晕复合体周围真皮下血管网不被破坏,从而进一步保证了乳头乳晕的血供;②便于将剩余腺体组织与胸壁缝合固定,重新塑造完美圆润的乳房;③使乳晕形状平整、完美。因此,实际上是使用带血运的自体真皮代替库柏韧带功能^[3,13],对于术后乳房的形态与稳固极为重要。

3.5 乳房的重塑与固定 用 7 号丝线悬吊腺体上方边缘组织于第二肋间处的胸大肌筋膜上,缝合固定 3~4 针,既可代替乳房悬韧带,使松垂的乳腺组织得到牢固的提升,又达到了弥补乳腺上极缺如和整体塑形的目的。有作者^[3]要求将真皮帽舒展后,

依次缝合于乳腺边缘的胸壁筋膜上,并要求该缝合必须严密确实,使乳腺组织完全包裹于真皮帽内,不能有腺体组织从针距的间隙疝出,从而使乳房的塑形丰满匀称。但我们在临床实践中发现,对于轻、中度乳房肥大者,制作的晕周真皮帽并未大到足够包裹整个新乳房的程度,故此举只实用于重度乳房肥大症者,而一般只需将真皮帽展平缝合于其所能达到的腺体周缘既可,无需如此教条。外环口我们用不吸收 3-0 或 4-0 锦纶线进行“穿松紧带”式的荷包缝合,收紧至与内环口贴合为度,结扎牢靠;并注意保持缝缘深浅一致,既稳固了外环周径,又减少了切口张力,能有效减轻乳晕缘瘢痕,保持乳晕形态大小的稳定,同时注意将外环皱褶分配均匀,这几点是该手术成功的关键。另外,应再进行皮内间断加强缝合,为稳固荷包缝线再加一道保险。有作者进行改良的做法是在圆锥形腺体的腰部做腺体与皮瓣的环缩缝合,使两者紧密贴合避免了“两张皮”样缺陷,也使乳房更为挺拔,立体感强,还可避免以后腺体对皮肤“乳罩”的扩大张力,对瘢痕微小化及防止乳晕因张力而增大与变形都有积极意义^[7,14]。同时要注意术中在直视下彻底止血,放置负压引流管,术后应常规加压包扎,进一步对乳房进行塑形调整。

3.6 双环法乳房缩小整形术的技术优势^[15] ①切口隐蔽、瘢痕能被乳罩完全遮掩,为瘢痕最轻的乳房缩小成形术式,符合现代美学要求;②最大限度地保证了乳头乳晕的血供及感觉功能;③保留了以乳头乳晕为中心的中央腺体蒂,不破坏乳腺导管,也不会造成乳头回缩,有效地保留了乳房的哺乳功能,对未婚女性尤为适宜;④术后乳房形态自然,手感柔软;⑤切口设计简单,操作方便、灵活;⑥由于皮肤具有回弹及自身再调整特性,术后晕周的放射状皱褶可在 6~12 个月逐渐消失、平复,演变为晕周正常的色素移行现象,显得乳晕缘更为自然。总之,应用此术式行巨乳缩小能在保证乳头乳晕复合体成活的同时,达到维持乳房最佳的美学效果与功能的保存,值得临床推广应用。根据我们的临床应用体会,双环法中央蒂真皮帽乳房缩小成形术适用于各类巨乳及乳房下垂患者,但早期切口存在放射状皱褶及乳晕显得不太规整,以及乳房底盘较宽大、扁平是该术式的缺点,有待于进一步改进与完善。

【参考文献】

- [1] 张茂红. 乳房整形[M]//李世荣. 整形外科学. 北京:人民卫生出版社,2009:608-644.
- [2] 孙宝东,张海林,闫迎军,等. 双环形切口乳房缩小整形术[J]. 中国美容医学,2006,15(1):23-25.

[3] 江 华,丁 伟,章建林,等.保留乳头乳晕感觉功能的改良双环法巨乳缩小术[J].中国美容整形外科杂志,2007,18(6):404-407.

[4] 杨大平.乳房缩小整形术[J].中国医师进修杂志,2006,29(9):10-11.

[5] Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the 'round block' technique [J]. Aesthetic Plast Surg,1990,14(2):93-100.

[6] 谷俊朝,李永清,左文述.乳腺疾病诊断学概论[M]//左文述.现代乳腺肿瘤学.2版,济南:山东科学技术出版社,2006:463-483.

[7] 姜 平,高建华,刘晓军.环乳晕切口腺体瓣悬吊并沿等高线环缩缝合法乳房缩小成形术[J].中华医学美容杂志,2004,10(3):131-134.

[8] 张继忠,吕金陵,陈 辉.改良双环法乳房缩小整形术[J].中国美容医学,2007,16(8):1046-1047.

[9] 丁 伟,江 华.环乳晕切口乳房缩小整形术的研究进展[J].

中国美容整形外科杂志,2009,20(7):432-434.

[10] 刘延伟,秦宏智,胡 刚,等.应用乳晕双环切口的经验总结[J].中国美容整形外科杂志,2008,19(6):452-454.

[11] Lalardrie JP. Reduction mammoplasty: general approach and basic considerations [J]. Aesthetic Plast Surg,1982,6(2):81-83.

[12] 崔正军,王喜梅,岑 瑛,等.改良乳晕双环切口巨乳缩小和垂乳悬吊术的体会[J].中华整形外科杂志,2006,22(4):319.

[13] 谭 谦,陈 曦,郑东风,等.中央腺体蒂法巨乳缩小成形术[J].中国美容整形外科杂志,2009,20(4):196-198.

[14] 郭 云,石东文,肖 玮,等.多重悬吊双环法矫正乳房下垂的临床应用[J].中国美容整形外科杂志,2010,21(5):294-296.

[15] 刘 勇,岑 瑛,陈俊杰,等.改良乳晕双环法巨乳缩小术的临床体会[J].中国美容整形外科杂志,2009,20(4):199-201.

(收稿日期:2011-03-15)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

(上接第 8 页)

1.4 实验室检查 血白细胞 $>10.0 \times 10^9/L$ 者 19 例,余 37 例白细胞计数正常。43 例送痰培养,培养出病原菌 38 例(88.4%),其中肺炎链球菌 12 例(31.6%),流感嗜血杆菌 4 例(10.5%),肺炎克雷伯杆菌 6 例(15.8%),铜绿假单胞菌 6 例(15.8%),大肠埃希菌 3 例(7.9%),支原体 3 例(7.9%),金黄色葡萄球菌 4 例(10.5%);混合性感染(肺炎克雷伯菌、铜绿假单菌等)4 例(10.5%)。药敏试验:约 70% 对头孢哌酮、头孢拉啶、亚胺培南和阿米卡星敏感,而对青霉素、左氧氟沙星、环丙沙星磺胺类药物耐药。

1.5 治疗及结果 确诊后给予静脉应用头孢菌素三代,对于青霉素过敏者给予静脉应用三代喹诺酮类药,对于感染症状严重者,经验性应用碳青霉烯类抗生素,后根据药敏及时调整敏感的抗生素,并联合应用免疫增强剂胸腺肽 α_1 注射剂,另给予退热、化痰、吸氧,以及雾化吸入等治疗,出现器官功能衰竭者进行相应的治疗。56 例中并发呼吸衰竭 5 例(8.9%),其中进行机械通气 2 例;心力衰竭 6 例(10.7%),心律失常 9 例(16.1%);血肌酐升高及急性肾功能衰竭 5 例(8.9%),出现多脏器功能衰竭(MODS)3 例(5.4%),均行持续性静脉-静脉血液滤过(CVVH)治疗。本组治愈及好转 54 例(96.4%),死亡 2 例(3.6%)。

2 讨 论

呼吸系统免疫屏障受损在老龄人群中常见,是呼吸道感染的原因之一。老年人疾病多,如心脏病、脑血管病及糖尿病等,又因控制饮食,消化功能紊乱等,多伴有营养不良,使老年人呼吸系统抵御感染的能力下降^[2],从而导致了老年 CAP 发病率的上升。

本组资料显示,高龄 CAP 患者有以下特点:临床表现多种多样,有的起病隐匿,缺乏呼吸道症状和体征,而以全身乏力、淡漠、嗜睡和烦躁为首发症状;大部分患者肺部有啰音或呼吸音改变或实变体征,但部分患者可无肺部异常体征,血象正常者多为支原体等病原体感染^[3];病原学特点:老年

CAP 最主要的致病菌是肺炎链球菌^[4],革兰阴性和金黄色葡萄球菌所占的比例较肺炎链球菌低。高龄老年人基础疾病多,各脏器的功能储备低下,呼吸道感染后,可在短时间内出现心力衰竭、肺水肿和心律失常等并发症,并极易发生 MODS。其致病菌复杂,耐药性强,治疗困难,病死率高^[5]。

在高龄 CAP 的治疗上,针对病原学应及时选用敏感抗生素,病原学结果出来之前静脉应用第三代头孢菌素,对于感染症状严重患者,经验性应用碳青霉烯类广谱抗生素,并根据药敏试验及时调整敏感的抗生素。对并发 MODS 者及时应用 CVVH 治疗,可以明显提高高龄老年肺部感染的生存率^[6-7]。危重的 CAP 合并呼吸衰竭的发生率较高,可首选无创的面罩机械通气,必要时可行人工气道机械通气。对于高龄 CAP 患者,应严格监测出入量,维持水电解质及酸碱平衡,注意肝肾功能指标,对血肌酐和转氨酶升高者,应停用一切肝肾毒性药物,同时可考虑应用谷胱甘肽等护肝药物。

【参考文献】

[1] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:16.

[2] 马利军,李素云.老年人肺炎的研究进展[J].河南诊断和治疗杂志,2002,16(2):106.

[3] 陆月明,秦玉波,丁小丽.支原体肺炎临床特征的研究[J].东南国防医药,2009,11(4):308-309,315.

[4] Ei-Solb AA, Pietrantoni C, Bhat A, et al. Microbiology of severe aspiration pneumonia in institutionalized elderly [J]. Am J Respir Crit Care Med,2003,167(12):1650-1654.

[5] 吴俊才,代 萍,邓翠东.老年人社区获得性肺炎 100 例临床观察[J].中国医药指南,2011,9(6):22-23.

[6] 齐玉琴,万文辉,钱晓明,等.连续性静脉-静脉血液滤过治疗高龄老人多器官功能衰竭 13 例分析[J].中国误诊学杂志,2007,17(8):4399-4400.

[7] 陈 丹.老年人社区获得性肺炎的临床特点分析[J].中国实用医药,2010,5(12):144-145.

(收稿日期:2011-07-29;修回日期:2011-10-14)

(本文编辑:黄攸生)