

· 临床经验 ·

腔镜下联合溶脂治疗男性乳腺发育症的临床研究

陈琪枫,姜朝晖,方晓明,姚 宁,方旭东

【摘要】 目的 研究悬吊式腔镜辅助联合溶脂治疗男性乳腺发育症的手术方式、安全性、疗效等问题。**方法** 采用悬吊式腔镜辅助联合溶脂行男性增生乳腺切除。**结果** 22 例手术均获成功,1 例小面积皮肤被超声刀烧伤,经换药后痊愈,无皮下血肿、积液及乳头坏死。**结论** 悬吊式腔镜辅助联合溶脂治疗男性乳腺发育症是安全可行的,能达到美容效果。

【关键词】 内镜;溶脂术;男性乳腺发育症;微创治疗

【中图分类号】 R655.7 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2012)02-0160-02

男性乳腺发育症为男性常见的乳腺疾病,肥胖者尤为多见,在青年患者中影响美观,老年则存在癌变可能^[1]。部队青年战士中本病较为多见,如持续存在不仅作为一种潜在病理状态影响美容,更严重影响战士的心理健康。我们运用悬吊式腔镜辅助联合脂肪溶解抽吸治疗男性乳房发育症,取得良好的手术和美容效果。

1 对象与方法

1.1 对象 本组 22 例,男性,年龄 19~58 岁,平均 22.6 岁,病程 1.5~5 年。无慢性活动性乙型肝炎、内分泌疾病和生殖系统疾病,无长期服药史。均予以查睾酮、雌激素、泌乳素、甲状腺功能、生化及乳腺 B 超。其中 1 例泌乳素高达 40.74 ng/ml,予以行垂体 MRI 检查未发现明显异常,其余实验室检查均正常。所有患者 Simon^[2] 分类 I~IIb,其中 8 例为双侧男性乳腺发育症,4 例述发育乳腺有疼痛或触痛。其中 9 例不规则服用乳癖消、茯苓桂枝丸等中成药,均无明显效果。

1.2 方法 全身麻醉,取平卧位,患侧上肢外展,术前根据 B 超提示腺体范围标记皮瓣游离范围(标记线大于乳腺腺体范围)。以乳晕为中心放射状沿乳腺皮下注射溶脂剂(双蒸水 200 ml,0.9% 盐水 200 ml,2% 利多卡因 20 ml,肾上腺素 0.5 ml),轻柔按压使其分布均匀及充分溶解,20 min 后局部液化。于乳晕旁行 2 cm 左右弧形切口至皮下脂肪层,负压吸引器以乳晕为中心 360° 来回抽吸液化脂肪,注意控制负压防止损伤小血管。术区皮肤缝线,由助手悬吊建立操作空间,在腔镜引导下超声刀离断腺体

表面部分纤维、血管至标记线,使其上方皮肤完全游离,注意保留乳头、乳晕下部分组织。术中根据操作位置随时调整皮肤悬吊线位置。而后自腺体外缘用超声刀将腺体组织自胸大肌筋膜表面分离,腔镜引导下完整游离腺体,使其呈圆盘状。部分较大的腺体,术中可根据情况进行分割切除。腺体组织用剪刀分块后至切口取出。生理盐水冲洗手术创面,腔镜下检查无出血后,放置负压吸引装置,5-0 可吸收线皮内缝合切口。切除腺体送病理检查。术后引流量小于 10 ml 时予以拔除负压引流。

2 结果

所有患者均成功完成手术并痊愈出院,一侧乳腺手术时间 50~70 min,住院时间 6~8 d。1 例局部小面积皮肤超声刀全层烧伤,经换药后痊愈,所有患者均未出现乳头、乳晕坏死及皮下血肿、积液形成。术后所有患者术区皮肤均有色素沉着,随访 3 月后 18 例消退,4 例少许残留;所有患者术区皮肤均有轻~中度麻木感,其中 2 例中度,随访 3 月后转变为轻度,在患者可接受范围内,其余 20 例轻度,随访 3 月后麻木感消失。

3 讨论

男性乳腺发育症是指男性乳房组织异常发育、乳腺结缔组织异常增殖的一种临床病症,通常表现为乳房无痛性进行性增大或乳晕下区域出现乳房触痛性肿块。根据致病原因可分为生理性、病理性、药物性及特发性^[1]。一般不需要处理,但如持续存在严重影响患者美容、心理或怀疑癌变则需要治疗。治疗有药物、手术等方法^[3-4],特发性男性乳腺发育症以手术疗效更为确切。我们对本组病例以悬吊式腔镜辅助联合溶脂进行了手术,取得了良好效果。

作者简介: 陈琪枫(1976-),男,浙江诸暨人,博士,主治医师,从事普外科工作

作者单位: 310013 浙江杭州,解放军 117 医院普通外科

相比于常规开放式男性乳腺切除本术式优点: ①采用乳晕旁小切口, 借助乳晕处色素交界使得切口更加隐蔽、美观^[5]。②术中采用缝线悬吊建立操作空间, 相比于建立 CO₂ 气腔, 其术中要根据操作区域随时调整皮肤悬吊线的位置, 操作空间略显不足, 但较方便易行并减少戳孔口损伤, 且避免了气腔相关并发症如皮下气肿、气胸等^[6]。③溶脂的应用使局部皮瓣游离更快捷并减少皮瓣损伤的发生, 抽吸脂肪后出现的空腔有利于手术操作, 弥补了悬吊法空间上的相对不足, 并节省了手术时间。④超声刀分离皮肤和乳腺浅筋膜、乳腺腺体和胸大肌筋膜时能彻底止血, 对于处理血管特别是动脉穿支尤为安全、有效。书中产烟雾少使视野更清晰, 但需尽量远离皮肤防止烧伤, 本组病例中有 1 例操作不慎发生小面积皮肤烧伤, 我们认为足够的操作空间和精细的操作能防止这种损伤的发生。

术中注意要点: ①由于乳头、乳晕下有丰富的血管网, 乳头血供充沛, 而我们要完全游离乳头、乳晕, 势必要影响其血供, 只能依靠皮肤毛细血管网及术后皮瓣血供, 所以要尽量多保留些乳头下组织, 防止乳晕、乳头坏死^[7]。②完整游离乳腺上方区域皮瓣后, 在腔镜引导下从乳腺组织边缘开始切除乳腺组织。在处理乳腺边缘时注意保留过度缓坡, 使术后乳腺区尽量平整。③由于本手术创面较大, 术后必须留置负压引流, 我们使用德国贝朗负压引流装置使得皮瓣和胸大肌能紧密贴附, 达到良好的引流效果, 未发生 1 例皮下血肿、积液及术后皮瓣坏死。

由于术中皮神经的损失、超声刀的热传导及皮瓣血供的影响导致本组病例术区均出现程度不等的

皮肤麻木感及色素沉着, 患者均可耐受, 故不影响远期疗效。另外在实践中我们发现, 本术式在肥胖患者中操作更费时、费力, 但能很好地应用到距离乳头较远的乳腺良性肿瘤切除中。最后需强调的是, 术前需鉴别排除继发性男性乳腺发育症、乳腺区脂肪堆积等, 避免不必要的手术。故我们术前予以仔细询问病史包括最近用药情况^[8], 检查甲状腺功能、性激素水平、肝肾功能等, 并常规行乳腺 B 超检查。

【参考文献】

- [1] Johnson RM, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management[J]. Mayo Clin Proc, 2009, 84(11): 1010-1015.
- [2] Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia[J]. Plast Reconstr Surg, 1973, 51(1): 48-52.
- [3] Johnson RE, Kermott CA, Murad MH. Gynecomastia-evaluation and current treatment options[J]. Ther Clin Risk Manag, 2011, 7: 145-148.
- [4] Luh JY, Harmon MW, Eng TY. Radiation therapy for gynecomastia[J]. Mayo Clin Proc, 2010, 85(4): 398-399.
- [5] 张茂红, 桂庆安, 宗 逊. 色素掩饰性切口在乳房手术中的应用[J]. 东南国防医药, 2007, 9(1): 224.
- [6] 陈 浩, 姚琪远, 邹 强. 腔镜手术治疗男性乳腺发育症的临床研究[J]. 外科理论与实践, 2008, 13(2): 108-110.
- [7] Babiera G, Simmons R. Nipple-areolar complex-sparing mastectomy: feasibility, patient selection, and technique[J]. Ann Surg Oncol, 2010, 17(suppl 3): 245-248.
- [8] Goldman RD. Drug-induced gynecomastia in children and adolescents[J]. Can Fam Physician, 2010, 56(4): 344-345.

(收稿日期: 2011-08-08; 修回日期: 2011-11-20)

(本文编辑: 黄攸生)