

· 临床经验 ·

腔镜手术治疗男性乳房发育症 21 例体会

陈达丰, 周 松, 张雪惠, 陈月凤

[摘要] 目的 探讨男性乳房发育症腔镜手术治疗效果及对患者心理改善状况。方法 于 2010 年 5 月-2014 年 5 月, 选择确诊 21 例(28 侧)男性乳房发育症官兵, 实施腔镜下皮下腺体切除术。结果 手术均获成功, 切口瘢痕小且隐蔽, 术后住院时间 4~7 d, 术后皮下积液 2 例, 乳头部浅层缺血 1 例, 胸壁广泛皮下气肿 1 例, 经治疗后均痊愈。随访 12~36 个月, 平均 18 个月, 双侧乳头乳晕对称, 双乳形态较满意、无感觉异常, 无复发。结论 腔镜手术治疗男性乳房发育症美容效果好, 创伤小, 并发症少, 安全性高, 有利于改善官兵心理障碍及提高自信心。

[关键词] 腔镜手术; 男性乳房发育症; 美容; 心理

[中图分类号] R655.8 [文献标志码] B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.02.025

男性乳房发育症(gynaecomastia, GYN)是临床上最常见的男性乳腺疾病, 约占男性乳腺疾病的 90%以上, 其主要由于体内激素比例失调所致, 多以乳房腺体组织的良性增殖为特点, 表现为临床上可触及或可见的如女性乳房膨大。目前病因不明确, 既可以是生理性的, 也可以是一种严重的潜在病理状态的体征, 可伴有疼痛、乳头溢液等症状^[1]。我院位于东南沿海, 面向基层部队, 保障体系广泛, 近年来通过巡诊、调查等前伸医疗保障方式, 发现患有男性乳房发育症的青壮年官兵呈增长趋势, 且药物治疗不佳, 对 2010 年 5 月-2014 年 5 月确诊的男性乳房发育症 21 例(28 侧)行腔镜下皮下腺体切除术, 取得了满意疗效, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组患者 21 例, 均男性, 年龄 19~37 岁, 病程 2~9 年, 所有病例均经彩超检查, 单侧为 14 例, 双侧 7 例, 按 Simon 分类^[2]: I 级 4 例, II a 级 10 例, II b 级 7 例, 根据 Cohan 分类^[3]: 腺体型 8 例, 腺体脂肪型 13 例。入组标准: 所有患者性征发育无异常, 无肝炎、内分泌及生殖系统等疾病, 雄性激素、雌孕激素检测无明显异常, 病史超过 2 年, 影响形体美容和心理, 均要求手术治疗。

1.2 方法

1.2.1 主要仪器 德国 Karl Storz 30° 广角腔镜(型

号: 26006BA), 美国强生公司超声刀(型号: GEN 300)。

1.2.2 术前准备 标记手术部位、切除范围, 均超过边缘 1 cm, 腺体型患者通过查体确认并标记, 腺体脂肪型患者通过查体及彩超定位并标记; 取腋中线平乳头处为观察孔, 距其上下方 5~10 cm 处(根据乳房大小而定)作为操作孔。

1.2.3 手术方法 患者取平卧位, 全身麻醉, 患侧肢体固定于头架上, 常规注入“膨胀液”(包含 0.2% 肾上腺素和 0.2% 罗哌卡因的生理盐水)。建立操作空间, 分别于观察孔、操作孔标记处做 1.0 cm、0.5 cm 的切口, 用分离棒经观察孔钝性分离皮下, 分离的层次是浅筋膜的浅、深层之间, 朝向乳房上、下缘各分离 1~2 次, 经观察孔置入 1 cm 戳卡于分离的隧道内, 后充 CO₂ 气体、气压 6~8 mmHg, 即可显示上、下缘两个隧道, 再分别经操作孔置入 0.5 cm 戳卡至分离的隧道内, 用电凝钩或超声刀分离, 使两个隧道相通, 在腔镜监视下先用电凝钩游离后, 改用超声刀继续分离扩大空间^[4], 分离的平面位于浅筋膜的浅、深层之间, 切断乳头乳晕后方腺体及大乳管, 并保留乳头乳晕下方 0.5 cm 的乳腺组织, 分离至术前所标记的范围, 于胸大肌筋膜表面完整切除乳腺, 并将其经观察孔取出(若腺体较大者, 可将腺体剪成 3~5 块或条索状后取出), 腔镜下彻底止血, 创面生理盐水冲洗, 于乳房外下操作孔置入硅胶引流管, 并接负压引流, 3~0 可吸收线皮内缝合切口。术后胸带加压包扎。切除标本送病理检查。术后 2~3 d 拔除引流管, 术后 2 周解除胸带加压包扎。

2 结果

所有患者手术均获成功, 未发生意外损伤及

作者单位: 363000 福建漳州, 解放军 175 医院普通外科

通讯作者: 周 松, E-mail: zscxy@sina.com

引用格式: 陈达丰, 周 松, 张雪惠, 等. 腔镜手术治疗男性乳房发育症 21 例体会[J]. 东南国防医药, 2016, 18(2): 188-189, 212.

中转开放手术,术后病理诊断均符合男性乳房发育诊断,其中 1 例患者合并肉芽肿性乳腺炎。早期单侧手术时间 100~135 min,后期 50~70 min,术中出血 10~30 mL,术后 2~3 d 拔除引流管。发生皮下积液 2 例,予局部穿刺抽液、加厚加压包扎后痊愈;乳头浅层缺血 1 例,给予换药,2 周后结痂脱落痊愈;胸壁广泛皮下气肿 1 例,无继发呼吸困难,2 d 后气体完全吸收。术后住院时间 4~7 d。术后随访 12~36 个月,平均 18 个月,均给予心理护理,双侧乳头乳晕对称、无感觉异常,双乳形态较满意,无复发,切口瘢痕小且隐蔽,2 周后恢复正常体能训练及工作,并逐步改善自卑、焦虑等心理障碍,恢复正常心理状态。

3 讨 论

3.1 腹腔镜手术的优越性 传统乳腺手术存在一些难以避免的缺陷,如乳房表面手术瘢痕、乳房缺失和功能障碍等。围绕改善患者生存质量,伴随现代乳腺外科治疗理念的转变及微创、整形外科的不断发展,以及腹腔镜技术的日益成熟,由腹腔镜转向体内无腔或潜在腔隙进行。1995 年国外学者报道了腹腔镜在尸体和动物实验手术情况,提出腔镜手术在乳腺外科的操作可行性^[5],其整合了传统手术、腔镜手术和整形手术技术的优点。国内学者在这方面亦进行了深入的研究,通过小型猪实验建立了乳腺腔镜手术的动物模型,明确无空隙器官腔镜手术技术要点,通过对腔镜下患者生理状态安全性研究,明确维持腔镜手术生命体征稳定的措施,初步建立了各种乳腺腔镜手术技术操作程序及手术技术安全性评价研究^[6],并解决了腔镜下乳腺腺体表面分离、乳头乳晕保护,血管、神经显露等技术难题,在彻底切除病变乳腺的同时恢复了女性美观形态。如今,乳腺腔镜手术在国内外已广泛开展,开拓了女性乳腺疾病外科治疗的新领域,如乳房切除、乳癌根治、保留乳房乳癌根治、假体置入、乳房再造等^[7]。Wolter 等^[8]认为,基于美容方面的考虑,男性乳房发育症的外科疗法应确保最小的瘢痕化,男性乳房发育症乳腺腔镜皮下腺体切除术,在安全、规范化操作流程下而生,具有操作空间大,暴露好,手术效果彻底,残留创面平整,切口瘢痕小且隐蔽等优势,因此具有独特的微创和美容效果^[9]。

3.2 男性乳房发育症伴随的心理障碍因素及影响 男性乳房发育症患者常伴有情绪紧张、焦虑、抑郁、自卑感等心理障碍,且部分患者有恐癌症,传

统开放手术胸前手术瘢痕明显,且存在不同程度皮瓣不平整、乳房凹陷,甚至乳头乳晕坏死等,严重影响外观,虽然去除了病灶,但对患者造成巨大生理缺陷和心理伤害,不符合“生物-社会-心理”医学模式的内涵,因此在治疗疾病的同时,应尽量减少生理和心理创伤、维持和恢复乳房的美观形态。部队官兵均为群体性生活,且多为青壮年,训练、生活中易暴露身体部位,患病官兵易受同事、战友嘲笑、讥讽,导致心理压力大,不能全身心投入工作、训练中,亦对周围官兵造成不同程度的心理障碍,可见男性乳房发育症对患者所产生心理严重影响远比对机体产生的危害大。刘晨等^[10]应用焦虑自评量表、抑郁自评量表、自尊量表、体像障碍及龚耀先修正的艾森克人格问卷分别对 65 例 GYN 患者行手术前后心理测评与整形外科手术,结果显示 GYN 患者焦虑状态、抑郁状态和体像障碍状态的检出率较高,人格特征显示出存在突出的掩饰倾向,通过整形手术可以显著改善 GYN 患者的异常心理,纠正患者的消极体像,明显提高患者的自信心,恢复正常的心理状态。

3.3 术后并发症处理及预防 本组患者术后乳头、乳晕感觉无明显异常改变,仅 1 例患者发生乳头浅层缺血,得益于腔镜下精准解剖技术,以及能量器械超声刀的应用,特别是高清摄像系统,手术野可放大 5~10 倍,我们借鉴甲状腺腔镜皮瓣游离技术,相对于溶脂技术解剖层面清晰,最大程度避免第 4 肋间神经外侧皮支损伤,避免术后乳晕区感觉异常。分离皮瓣过程中,可通过助手体表触诊定位确定切除范围及乳晕区,近乳腺边缘处皮瓣行“坡形”修整,术后皮瓣平整、顺应性好。特别注意的是,乳晕下区腺体切除时,应保留约 0.5 cm 厚的腺体组织,有效防止术后乳头乳晕塌陷、缺血、坏死,超声刀热能较电刀小,使用超声刀游离皮瓣过程中,“工作面”不宜直接接触皮瓣,减少皮瓣热损伤,有效避免皮瓣发生坏死^[11]。在开展早期,有 2 例患者出现拔管后继发皮下积液,予局部穿刺抽液及加压包扎后痊愈,故后期给予延长加压包扎时间至 2 周、并相对限制患肢抬高锻炼,未再发生皮瓣积液情况。尽管 Simon 分类 II 级 17 例,其中 IIb 级 7 例,未予修剪多余皮肤,但皮瓣的良好贴合、双侧乳头对称,考虑因青壮年患者皮肤弹性回缩较好、术后自我塑形较好。1 例双侧男性乳房发育症患者发生胸壁广泛皮下气肿,但未向颈部蔓延,无呼吸困难,术中给予降低充气压力及排气处理,2 d 后皮下气体吸收。(下转第 212 页)

- 2010 年[EB/OL].(2003-3-24)[2008-07-24].http://www.moh.gov.cn/open/tyxxzx/gjwsxxhjs/1200304140011-1-0.doc.
- [6] 李 蓓,徐 雷.军队医院信息化水平评价指标体系的研究[J].东南国防医药,2015,17(4):407-411.
- [7] 吴巍巍,邱丽倩.浅析现代信息技术与医患关系[J].中华医院管理杂志,2008,24(7):493-494.
- [8] 徐世侠,冯 博.医院对外网站的建设与安全管理[J].海军总医院学报,2010,23(4):234-236.
- [9] 张 鹏.医院网站建设与应用[J].西南军医,2009,11(5):959-960.
- [10] 于丽艳,荆 丽,蒋欣欣.积极推进医院网站建设 拓展医院宣传新领域[J].医学信息学,2011,32(6):29-31.
- [11] 陈 燕,吴 俊.江苏省三级医院体检网站建设现状分析[J].现代医院管理,2012,10(6):31-32.
- [12] 张 鹏.医院网站建设与应用[J].西南军医,2009,11(5):959-960.
- [13] 王振动,魏冰玉,房靖祥,等.医院网站设计思路与前景展望[J].中国医院管理,2007,27(2):63-64.
- [14] 赵立春,梁一平,梁 健.医院网站设计和推广策略研究[J].医学信息学,2012,33(3):28-30.
- [15] 王俊杰.如何加强科技信息宣传工作[J].科技传播,2013(1):17.
- [16] 杨 艳,于 军,梁菁菁,等.精细化管理在军队医院科研管理中的应用[J].东南国防医药,2014,16(4):440-441.
- (收稿日期:2015-11-04;修回日期:2015-12-03)
(本文编辑:徐燕茹)

(上接第 189 页)

综上所述,本组患者术后相关并发症发生率较低,切口隐蔽、恢复快、美容效果好,适用于 Simon 分类 I 级、II 级及 Cohan 分类腺体型、腺体脂肪型的青壮年患者,可明显改善患者的精神异常,加快心理康复,符合黄志强教授提出的“能得到比现行的标准的外科手术更小的创痛、更佳的内环境稳定状态、更准确的手术结果、更短的住院时日、更好的心理效应”的微创外科的概念^[12],对国防、医学事业起到一定的积极作用。

【参考文献】

- [1] 刘 肇,田延锋,李 芳,等.乳腔镜手术治疗男性乳房发育症 58 例报告[J].中国微创外科杂志,2015,15(2):140-142.
- [2] Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia [J]. Plast Reconstr Surg, 1973, 51(1):48.
- [3] Cohan IK. Gynecomastia: Suction lipectomy as a contemporary solution(Discussion) [J]. Plast Reconstr Surg, 1987, 80(3):386.
- [4] 王 平.完全腔镜治疗甲状腺疾病的适应证及手术技巧[J].中国普外基础与临床杂志,2013,20(9):971-975.
- [5] Friedlander LD, Sundin J, Bakshandeh N. Endoscopic mastectomy and breast reconstruction: endoscopic breast surgery [J]. Aesth Plast Surg, 1995, 19(1):27-29.
- [6] 姜 军.乳腺癌腔镜手术安全性研究评价[J].中华外科杂志,2007,45(7):439-441.
- [7] 姜 军.腔镜技术在乳腺疾病治疗中的地位与其评价[J].中国实用外科杂志,2010,30(3):195-197.
- [8] Wolter A, Scholz T, Diedrichson J, et al. Surgical treatment of gynecomastia: an algorithm [J]. Handchir Mikrochir Plast Chir, 2013, 45(2):73-79.
- [9] 范林军,姜 军,杨新华,等.全腔镜乳房皮下腺体切除术:附 96 例报告[J].中华乳腺病杂志(电子版),2008,2(4):407-416.
- [10] 刘 晨,栾 杰,丛 中,等.整形美容手术对男性乳腺发育症患者心理影响的研究[J].中国美容医学,2010,19(5):661-664.
- [11] 陈琪枫,姜朝晖,方晓明,等.腔镜下联合溶脂治疗男性乳腺发育症的临床研究[J].东南国防医药,2012,14(2):160-161.
- [12] 骆成玉.微创时代的乳腺外科——理想与现实的抉择[J].中国微创外科杂志,2014,14(2):97-101.
- (收稿日期:2015-10-14;修回日期:2016-01-15)
(本文编辑:黄攸生)