文章编号:1000-5404(2005)13-1385-03

论著

内镜辅助下皮下乳房切除假体植入乳房成形术

范林军,姜 军,陈 莉,陈显春 (第三军医大学西南医院乳腺疾病中心,重庆 400038)

提 要:目的 探讨内镜辅助下的乳房皮下切除加一期假体植入乳房成形术及可行性及美容效果。**方法** 西南医院乳腺中心在2004年1-3月为2例良性乳房疾病需要切除乳房的患者进行了内镜辅助下的乳房切除加一期假体植入乳房成形术。**结果** 2例的手术经验结合文献结果表明:内镜辅助下的乳房皮下切除加一期假体植入乳房成形术切口选在腋前线,切口小且较隐蔽;采用牵拉法建立操作空间,直视操作配合电视摄像,钝性分离与电刀或超声刀切割相结合的方法游离乳房皮瓣;完整切除乳房后钝性游离胸大肌后方间隙并在其中植入乳房硅胶假体。术后加压包扎3周以防止假体向上移位。**结论** 内镜辅助下的乳房皮下切除加一期假体植入乳房成形术在技术上安全可行,且有良好的美容效果。

关键词:内镜辅助;皮下乳房切除;乳房成形
中图法分类号:R655.8;R737.9 **文献标识码**:A

Video-assisted subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction

FAN Lin-jun, JIANG Jun, CHEN Li, CHEN Xian-chun (Breast Diseases Research Center, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China.)

Abstract: Objective To explore the feasibility and cosmetic results of video-assisted subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction. **Methods** Two patients who suffered from breast diseases and need to excise the breasts received a video-assisted total subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction in our center. **Results** Both patients felt satisfied on the cosmetic result. According to the operative experience of these two patents combined with review, the key point of the operation was summarized as follows. The incisions on the anterior axillary line were small and concealing. External retraction method was used to establish the working space. Video-assisted operation was combined with euthyphoria. Blunt dissection was combined with electrical surgery unit and ultrasound knife to isolate the breast skin flap. After breast glandectomy was completed, silica gel prosthesis was put into the interspace behind ectopectoralis. Pressure dressing for 3 weeks was done to prevent the prosthesis upward displacement. **Conclusion** The video-assisted subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction is a safe and feasible operation method with the better cosmetic result.

Key words: video-assisted; subcutaneous mastectomy; reconstruction

随着内镜外科在乳腺外科中的应用,内镜辅助下的乳房皮下切除使原来需要行整个乳房切除的患者可保留乳头乳晕及皮肤行皮下腺体切除,结合一期假体植入可得到较好的美容效果。西南医院乳腺中心在2004年1月份至3月份行内镜辅助下乳房切除加一期假体植入乳房成形2例,取得了较好的效果,现报告如下。

作者简介:范林军(1967-),男,河南省林州市人,博士,主治医师,主要从事乳腺微创治疗方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023)66197912

收稿日期:2004-12-06;**修回日期**:2005-03-07

1 临床资料

病例1,女性,35岁,已婚,生育一女体健。因发现双乳多发性包块2年入院。患者2年前曾因双乳包块在外院行手术切除,术后病理诊断为双乳纤维腺瘤,术后1年发现双侧乳房再次出现多发包块。入院查体:左乳外上象限及右乳内下象限各可见长约2 cm的手术瘢痕,双侧乳房可触及多个包块,左侧可触及7个,右乳4个,散在分布于双乳各个象限,直径为0.8~4 cm,包块均为圆形,质中,活动,与皮肤无粘连。入院诊断:双乳多发性纤维腺瘤。患者因担心本次手术后再发乳房包块,要求行双乳切除,考虑到双乳多发包块散在分布在各象限,常规手术可能会导致双乳多处瘢痕,为了既能根治纤维腺瘤,又能得到较好的美容效果,因此行内镜辅助下的双侧皮下乳房切

除加一期假体植入乳房成形术。手术顺利，术中出血约 300 ml，手术时间 360 min。术后恢复顺利，美容效果满意(图 1,2)，术后右侧乳房下侧象限皮下曾出现少量积液，范围约 3 cm × 4 cm，10 d 后逐渐自行吸收消失。2 周后出院。术后随访已 2 个月，1 个月内胸部胀痛逐渐减轻直至完全消失，术后 2 个月随访时查体发现双乳对称，质地柔软，手感好，美容效果满意。



图 1 病例 1 术前标记的乳房皮瓣的游离范围

Fig 1 Marked scope of the flap in patient 1 before operation



图 2 病例 1 术后 2 个月

Fig 2 Symmetry bilateral breasts of patient 1 in 2 month after operation

病例 2，女性，44 岁，已婚，生育一子体健。因发现右乳包块 3 年入院。曾行三苯氧胺片、小金丸等治疗乳腺增生药物治疗 1 年以上，无明显好转。入院查体：右乳中央区可触及一直径约 7 cm 的包块，质中、活动、边界欠清，彩超检查提示乳腺增生伴乳管广泛扩张。乳腺钼靶摄片见右乳腺局部密度增高，提示右乳增生。穿刺活检病理结果提示右乳腺上皮细胞增生活跃。入院诊断：右乳腺病。患者因惧怕发生癌变，要求行右侧乳房切除。因此入院后行右侧皮下乳房切除术加一期假体植入乳房成形术。手术顺利，术中出血约 320 ml，手术时间 240 min。术后美容效果较好。术后曾出现少量皮下积液，术后 2 周皮下积液自行吸收，术后 3 周出院。目前已随访 5 个月，术侧乳房质地柔软，手感好。但由于术前乳房较大而假体相对较小，乳房下方皮肤尚有部分皱褶，且由于对侧乳房下垂明显，双乳对称性欠佳。患者对美容效果基本满意。

2 内镜辅助下乳房皮下切除术操作方法

患者采用全身麻醉，半侧卧位，患侧上肢前臂固定于头架上，沿乳房边缘皮肤标记要游离的乳房皮瓣范围(图 3)。常规消毒铺巾，于腋前线上平乳头处取一长约 5 cm 的纵切口，于皮肤皮下组织与乳腺腺体之间游离皮瓣，上、下及前方各游离 5 cm 后，于切口上方约 5 cm 处另切一长约 1 cm 的小切口，置入 10 mm 的 30°带光源内镜镜头，下方切口作为操作孔，采用牵拉法建立操作空间，用超声刀及电凝钩在腺体表面游离，至乳头乳晕处后，牵起乳头，以超声刀切断与乳头相连的主要乳管及腺体组织。游离范围上至第 2 肋间，下至第 6 肋间，内侧到胸骨外缘，外至腋前线，或游离至术前标记的范围。于胸大肌表面游离乳房后间隙，完整切除乳房。于胸大肌外缘开始钝性游离胸大肌后方间隙，将事先准备好的合适大小的硅胶假体(容积 200 ~ 260 ml，上海市信晟医疗制品有限公司)植入其中，如胸大肌后间隙较小，可适当断开胸大肌部分起点，以利于假体植入。调整好假体位置后缝合胸肌外缘，于胸大肌表面原乳房腔内置血浆引流管 1 根从伤口或伤口下方引出并固定。需双侧手术者在一侧手术完成后调整体位，重新消毒铺巾，同法完成对侧手术。手术完成后于假体上缘加压包扎 3 周，防止假体向上方移位。



图 3 病例 2 采用半侧卧位，操作切口位于腋前线长约 5 cm，操作切口上方的小切口为光源孔

Fig 3 Patient 2 is posed at left half lateral position with a 5-cm operation pole at anterior axillary line and a smaller illuminant pole above

3 讨论

3.1 内镜辅助下的乳房手术的应用及美容效果

内镜辅助下的乳房皮下切除加一期假体植入乳房成形术在国内尚少见有报道，在国外也仅在日本和欧洲少数几个发达国家开展了这一手术。在国外，内镜技术应用于乳房的美容整形领域始于 1992 年[1]，到

1995 年 Friedlander 等[2] 开始将内镜技术用于导管原位癌、小叶原位癌及乳房良性肿瘤的切除，包括乳腺腺体切除及乳房重建等。1997 年 Yamagata 等[3] 采用乳晕入路，在内镜辅助下采用外部牵拉法建立操作空间为 1 例乳腺癌病人成功进行了乳房部分切除术。Ishiguro 等[4] 在 1999 年报道为 1 例乳腺癌患者进行了手术切除，证明了该方法的可行性及美容优势。国内我院于 2004 年 1－3 月份为 2 例乳房良性疾病患者进行了内镜辅助下的乳房皮下切除加一期假体植入乳房成形术，结果表明，内镜辅助下的乳房皮下切除术安全可靠，由于切口距胸大肌外缘较近，在内镜辅助下的皮下乳房切除后于胸大肌后方一期假体植入乳房成形术操作简单，能取得很好的美容效果。传统乳房切除手术的切口多选在乳房较明显的部位，切口长度多在 15 cm 以上，而内镜辅助下的乳房切除术切口选在腋前线且只有 5 cm 左右，因此内镜辅助下的乳房手术切口小且较隐蔽，避免了常规手术时在影响乳房美容较明显部位留下较大的手术瘢痕。

3.2　内镜辅助下的乳房切除及假体植入乳房成形术存在的问题

内镜辅助操作技术与常规手术相比，其美容优势明显，但缺点是需较长的手术时间。我院 2 例手术过程显示，一侧手术者时间为 240 min，两侧手术者手术时间为 360 min，比传统方法的手术时间明显延长，一般传统手术时间多在 2 h 左右。由于乳房手术中不存在自然的易于操作的较大腔隙，内镜辅助下的乳房手术需要在直视与观察屏幕结合的方法仔细确定术中的解剖位置，以防止手术误伤，也因此延长了手术时间。文献[5]报道内镜辅助下的乳房皮下切除术手术时间为 240 min 左右。此外，由于内镜辅助下的乳房手术技术难度大，对器械及术者操作水平要求较高，手术方法尚无操作规范，最佳的手术适应证尚无定论，因此乳房的内镜手术在国内外均处于探索阶段。

3.3　内镜辅助下的皮下乳房切除加假体植入乳房成形术的手术要点及注意事项

由于内镜辅助下乳房皮下切除术操作时间长，技术难度较大，要求术者以充分的耐心完成手术。切口选择在腋前线显得较隐蔽，且乳房的外侧象限的大部分可在直视下完成皮瓣游离。手术的关键是建立良好的操作空间，文献[6]报道建立操作空间的方法有充气法和牵拉法两种。我院的手术经验表明，采用牵拉法较安全，因乳房的皮下组织较疏松，试用充气法时如气压较低，空间扩充不足，但如气压超过 10 mmHg，气体则易沿皮下扩散，引起较广泛的皮下气肿。因此这 2 例手术均采用了牵拉法，以较宽较长的拉钩牵开切口，注意保护好切口以免长时间牵拉后损伤皮肤切缘。采用直视与经屏幕观察相结合的方法辨认清楚皮瓣与腺体表面的界限，采用钝性分离与电切相结合的方法，避免损伤皮瓣。手术的难点是游离乳头乳晕区的皮瓣，在切断主乳管及其所属腺体时注意防止误伤乳晕部皮肤。乳房内侧边缘是出血好发部位，切断乳房内侧缘腺体与胸肌附着处时注意处理来自胸廓内动脉的穿支，可用超声刀凝固或结扎止血。放置假体时采用钝性方法游离胸大肌后方间隙，根据要放入的假体大小适当断开部分胸大肌起点，尽量游离乳房的内下方向，假体放入后缝合胸大肌外缘间隙时要保护好假体避免缝针损伤。两侧手术时注意调整假体位置使乳头位于对称位置，术毕于乳房残腔内及胸肌后方放置引流管。手术完成后行加压包扎防止假体向上移位。术后 3～5 d 内引流液减少至每日 15 ml 以下时拔除引流管，此后如发现少量皮下积液可自行吸收，不必抽液，以免穿刺时刺破假体。

参考文献：

[1] Kompatscher P. Endoscopic capsulotomy of capsular contracture after breast augmentation: a very challenging therapeutic approach[J]. Plast Reconstr Surg, 1992, 90(6): 1125－1126.

[2] Friedlander L D, Sundin J, Bakshandeh N. Endoscopiy mastectomy and breast reconstruction: endoscopic breast surgery[J]. Aesthetic Plast Surg, 1995, 19(1): 27－29.

[3] Yamagata M, Iwai S. Endoscopic treatment for breast cancer[J]. J Jpn Soc Endosc Surg, 1997, 2(3): 272－277.

[4] Ishiguro S, Nakamura H, Tanaka N, *et al*. Endoscope-assisted breast-conserving surgery[J]. Jpn J Breast Cancer, 1999, 14(2): 287－290.

[5] Tamaki Y, Sakita I, Miyoshi Y, *et al*. Transareolar endoscopy-assisted partial mastectomy[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech , 2001, 11(6): 356－362.

[6] Kitamura K, Inoue H, Ishida M, *et al*. Endoscopic extirpation of benign breast tumors using an extramammary approach[J]. Am J Surg, 2001, 181(3): 211－214.

（编辑　张大春）