降低患者餐后2 h血糖、睡前血糖、空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯和糖化血红蛋白水平($P<0.05$)。古瑞新等[3]也发现饮食护理干预与常规治疗相结合可以显著控制老年糖尿病患者的血糖和血脂水平,同时减少并发症,提高糖尿病患者的生活质量。

饮食护理干预可以有效提高糖尿病患者常规治疗的血糖、血脂控制水平,科学地调整膳食结构,不仅能减轻胰岛功能,缓解胰岛负担,还能保证糖尿病患者营养和热量的需要,提高其效应且能纠正代谢紊乱,值得临床推广应用。

**参考文献:**

[1] 史会军,贾丽芳. 饮食干预对糖尿病患者血糖控制的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(12):57-58.
[2] 杨树锋,刘宁. 饮食护理在糖尿病患者康复护理中的应用[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(23):2968-2969.
[3] 石瑞新,裴燕. 饮食干预对老年糖尿病患者血糖和血脂的影响[J]. 实用预防医学,2012,19(2):239-241.

(**收稿**:2012-08-01;**修回**:2012-08-28)
(编辑 栾 嘉)

**文章编号**:1000-5404(2012)20-2131-02

经验交流

# 乳晕M形切口在乳房整形美容手术中的应用探讨

郭志辉,李 铭,周亚宽,陈小松,王立敏 (350001 福州,福建医科大学附属协和医院整形外科)

[**关键词**] 乳房;整形;乳晕切口
[**中图法分类号**] R622;R655.8 [**文献标志码**] B

乳房是女性第二性征重要标志,也是女性曲线美的重要组成部分[1]。随着越来越多的女性开始追求更高的生活品质,希望通过美容手术塑造外形更美的乳房的女性日益增多。而乳晕切口因乳晕部的肤色较暗,且术野暴露充分,距手术操作区域路径短,具有隐蔽、方便、灵活、创伤区域小、术后恢复快的优点,在乳房整形手术中应用广泛[2-3]。我们于2009年10月至2011年3月间,通过乳晕M形切口,完成隆乳及注射隆乳取材手术52例,术中操作便利,术后效果满意,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

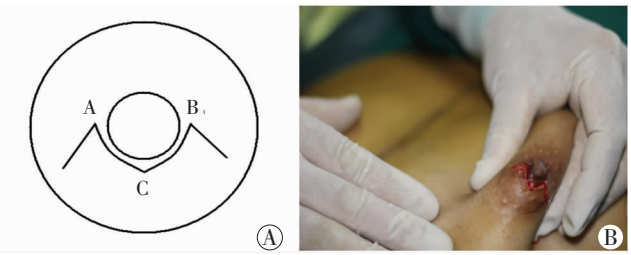
共52例女性患者,年龄25~57岁。乳晕直径2.5~6.5 cm,平均3.8 cm。单纯隆乳术39例,隆乳植入假体体积180~280 ml,其中中凸假体32例,低凸假体7例;30例置于乳腺后间隙,9例置于胸大小肌间隙;同期行乳头内陷整复13例,乳头偏斜畸形整复5例。注射隆乳取材13例,其中取材后术中即行假体植入3例,体积220~240 ml,均为中凸,置于乳腺后。

### 1.2 手术方法

1.2.1 麻醉 采用静吸复合麻醉,局部用生理盐水500 ml+肾上腺素0.5 mg配置肿胀液行软组织间隙注射。

1.2.2 切口设计 先于乳头3、9、6点方位距乳头基底部外缘0.1~0.3 cm处分别确定A、B、C 3点,接着将AC、BC点以弧线相连,再在A、B点设计斜向两侧、与AC、BC线呈45°~90°角的斜形切口线(注意该角度不可太小,以免危及皮瓣尖端血供),共同构成M形切口(图1)。

1.2.3 操作 按设计切口入路切开皮肤、皮下组织,在乳腺组织表面向下象限剥离至乳晕下极后,放射状向下锐性分离乳腺组织至所需达到的层次,然后于假体腔隙剥离范围(同其他隆乳手术)内注射肿胀液,进行剥离。剥离完成后检查腔隙是否合适,并作调整。剥离腔隙内充分止血、冲洗,每侧腔隙注入曲安奈德20 mg。置入假体后患者取半坐位,观察乳房的形态、位置及对称性,并作微调。对于乳头内陷者,可直接利用该切口,分离乳头周围乳管、筋膜、肌肉,牵拉乳头,收拢基底,抬高乳头。对于乳头上/下偏斜者,可通过V-Y或Y-V改形纠正。最后以分层间断缝合乳腺组织、皮下及皮肤。缝合皮下、皮肤时,注意应先对合M形切口转角处。视术野渗血等情况决定局部是否放置负压引流。如为注射隆乳取材,则分层切开至注射物所在层次,取出注射物,切取变性明显组织做病理活检,反复冲洗术腔。有条件有需求行同期假体植入者,按前述方法剥离腔隙,置入假体,缝合前置负压引流。




A:切口设计示意图;B:手术切口

**图1 乳晕M形手术切口**

1.2.4 术后处理 术后术区适度加压包扎固定3~5 d,术后7~9 d拆线。注射隆乳取材放置负压引流者,引流液连续2 d少于5 ml,且无明显注射物引出时拔除引流管。拆线后根据切口局部情况决定是否使用减张胶带或外用抗瘢痕药物。术后5 d起指导患者手法按摩,每天3次,持续6个月。密切随访,评价术后乳房形态情况患者满意度等。

## 2 结果

### 2.1 术后乳房形态评价

接受单纯隆乳术后39例患者及注射隆乳取材+假体植入术后3例患者乳房术后形态均良好,基本对称。18例乳头整复

[**基金项目**] 福建省卫生厅医学创新基金(2009-CXB-16)
[**通信作者**] 郭志辉,E-mail:guokex@tom.com

术后乳头形态良好。10例单纯注射隆乳取材术后患者乳房松弛下垂。

### 2.2 术后切口愈合情况及瘢痕

全部患者术后切口为Ⅰ/甲级愈合,创缘对合良好、平整。其中3例术后辅以3M免缝胶带外用减低切口张力,4例依其要求于拆线后外用硅酮制剂为主的抗瘢痕药物。术后至今切口瘢痕不显见,未出现内凹、隆起表现,乳头、乳晕结构无受牵拉表现(图2)。无出现乳头、乳晕坏死,局部皮瓣血供障碍病例。

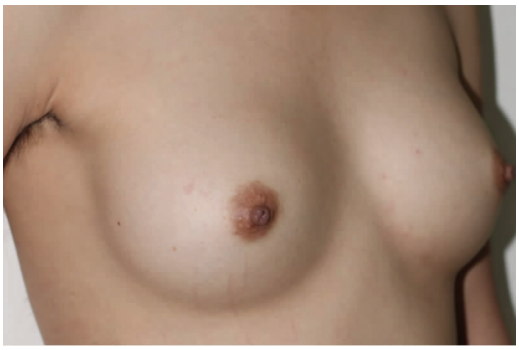


**图2 行单纯隆乳术后1年的乳晕M形切口瘢痕隐蔽**

### 2.3 乳头、乳晕感觉

9例患者表示乳头、乳晕感觉轻度减退(其中7例为注射隆乳取材患者),其余表示感觉良好,未出现乳头、乳晕感觉丧失者。

### 2.4 乳房手感

于术后1年对39例单纯隆乳患者的乳房柔软程度按Baker's分级进行评估:其中Ⅰ级32例,Ⅰ~Ⅱ级7例。3例注射隆乳取材+假体植入术患者2例为Ⅰ级,1例为Ⅰ~Ⅱ级。

### 2.5 术后疼痛

全部52例患者术后次日即可自如下地活动。39例单纯隆乳术后患者术后3 d疼痛即明显缓解。13例注射隆乳取材患者中3例术区疼痛至术后2周才缓解。无慢性持续性疼痛患者出现。

### 2.6 患者满意度

接受隆乳手术患者对乳房、乳头形态均较满意。所有患者对瘢痕表示易于接受。

## 3 讨论

目前临床常见的乳晕切口方式包括:较传统的乳晕下缘横弧形切口,该切口位于乳晕边缘与普通皮肤交界处,如缝合技术不当瘢痕较明显,加之乳房假体与乳腺组织重力作用,易导致乳晕缘切口内卷、凹陷性瘢痕,并致乳头向下。另外这种切口易损伤较多乳头、乳晕的感觉神经末梢,术后乳头感觉减退较明显。该切口对乳房上象限区域暴露较为困难,也不适用于乳晕较小者。

高静等[4]曾报道采用乳晕内下侧设计锯齿形弧线切口(一般3个锯齿),认为这种切口与传统横弧形切口相比,牵开后可有效延长、空间增大,术野暴露较充分。但我们在临床实践中体会到,皮肤弹性要高于乳腺组织,真正影响手术操作空间的是乳腺腺体暴露程度。因此我们认为应注意病例选择,乳晕偏小者不宜采用乳晕切口手术,以免术中过度牵拉暴露导致切口边缘皮肤组织坏死,愈合不良,或乳腺、脂肪组织坏死液化。

冯辉利等[5]报道了绕乳头基底部乳晕切口在隆乳术中的应用。该切口取绕乳头内侧缘基底部至乳晕上、下缘切口,于乳晕12点垂直向下达乳头、乳晕交界处,绕过乳头基底部内侧缘6点垂直向下达乳晕缘。其优点包括:手术切口瘢痕相对隐蔽;手术路径短,视野暴露较充分;避开第4肋间神经乳头、乳晕支,乳头感觉减退较轻等。

而我们在临床实践中采用的乳晕M形切口,较其他方式的乳晕切口具备以下明显优势:①术中定点方便,缝合定位准确。以往采用乳晕切口,因局部注射肿胀液后创缘多难以准确无误对合,采用美蓝定点标记也往往容易因术中冲洗导致定点标志被抹去。而采用M形切口形成的皮瓣存在3个较明确转折点,术中缝合时可先完成3个点的缝合工作,缝合定点准确。②采用M形切口方便术中通过V-Y或Y-V等改形同时完成乳头凹陷、偏斜、肥大等的纠正。③目前已有多位学者经过形态学研究证实[6-7],支配乳头、乳晕区感觉的主要是第4肋间神经的外侧皮支和前皮支。其走行层次主要为浅筋膜层,于左乳4点、右乳8点位置进入乳头、乳晕区。第3和第5肋间神经外侧皮支、前皮对乳头感觉也同时起到支配作用。而我们所采用的M形切口回避了上述神经自乳腺腺体传入筋膜层的位置,因此,术后患者乳头、乳晕感觉仍可得到较好保留。④术后观察切口瘢痕同样不明显,且因为非直线瘢痕,降低了术后瘢痕挛缩、凹陷的发生率。⑤另外,术者仍应注意一些细节问题。如引流管引出位置的选择:对于单纯隆乳者,由于术中暴露充分,止血可较为彻底,可将引流管置于隐蔽的腋下,或不放引流管;而对于注射隆乳者,为术后更充分引流出注射物,可将引流管自乳房下皱襞下方引出。皮肤拉钩处涂抹眼膏并避免过度牵拉以保护创缘皮肤。避免使用电刀致脂肪液化,保证伤口良好愈合等。综上所述,乳晕M形切口有益于临床,特别适合于需同期行乳头形态整复术者,值得推广。

## 参考文献:

[1] 乔群, 孙家明. 乳房整形美容外科学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2004: 17-116.
[2] 艾玉峰, 柳大烈. 美容外科学[M]. 2版. 北京: 科学出版社, 2003: 306-324.
[3] 鲁开化, 高景恒. 乳房美容中隆乳及乳房再造有关问题的浅见[J]. 实用美容整形外科杂志, 2002, 13(3): 113-114.
[4] 高静, 俞良刚, 闫民. 锯齿形乳晕切口在隆乳术中的应用[J]. 中华医学美学美容杂志, 2006, 12(6): 369.
[5] 冯辉利, 艾玉峰, 谷斌, 等. 绕乳头基底部乳晕切口在隆乳术中的应用[J]. 中国美容整形外科杂志, 2007, 18(2): 126-127.
[6] 李翔, 刘丰春. 乳头、乳晕区神经分布的应用解剖特点[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2007, 11(4): 795-797, 封3.
[7] 杨名, 辛时林, 张一鸣, 等. 女性乳房神经分布解剖研究[J]. 中国美容医学, 2001, 10(2): 97-100.

(**收稿**:2012-06-04;**修回**:2012-07-20)
(编辑 王小宴)