临床研究 文章编号:0253-3626(2010)05-0778-03

超声吸脂联合乳晕小切口治疗男性乳房肥大症

雷 彬,张恒术,沈为民
(重庆医科大学第一附属医院整形烧伤外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨超声吸脂联合乳晕小切口治疗男性乳房肥大症的手术效果。方法:采用超声吸脂抽吸域内的脂肪组织及部分乳腺组织,经乳晕小切口切除增生肥大的乳腺组织。结果:采用本法治疗男性乳房肥大症患者 49 例,术后随访半年至 3 年,均达到满意的外观效果。结论:超声吸脂抽吸联合经乳晕小切口切除增生肥大的乳腺组织,其手术操作简单、损伤小,实用性强。

【关键词】男性乳房肥大症;手术治疗;超声吸脂;小切口
【中国图书分类法分类号】R655.8 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-02-25

Ultrasonic liposuction and minimal areolar incision for gynecomastia

LEI Bin, et al
(*Department of Burns and Plastic Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the effect of Ultrasonic liposuction and minimal areolar incision for gynecomastia. *Methods*: Employ Ultrasonic liposuction to suck out the fat and part of the gland in the operational zone first. Then resect the hypertrophic mammary tissues through a minimal incision around areola of breast. *Result*: 49 patients treated by the methode and 6 months to 3 years follow-up showed good results. *Conclusion*: It was a smple, convenient safe and effective method of breast reduction for fatty glandular type gynecomastia.

【Key words】Gynecomastia; Surgical treatment; Ultrasonic liposuction ; Minimal incision

作者介绍:雷 彬(1980-),男,硕士,
研究方向:瘢痕的治疗。
通讯作者:沈为民,男,副教授, E-mail:drzhs@sina.com。

循序渐进。由于本组采用的方法不切开肱三头肌舌状瓣,不损害肱三头肌的连续性,伸肘又是在肢体重力下协助的活动,故无论肘关节屈曲还是伸肘活动都不会加重软组织的损伤。尽早功能锻炼是肱骨远端骨折后功能恢复非常重要的治疗措施,可有效地防止肘关节功能丧失,维持肘关节的稳定性。笔者在临床治疗过程中亦体会到早期不畏疼痛进行功能锻炼的重要性。

综上所述,尽管肱骨髁间骨折被称为"较难处理的几类骨折之一",但只要掌握肱骨远端滑车和肱骨小头的解剖特点,术前仔细研究骨折类型和制定完善周密的手术方案,使用鹰嘴截骨 + 双钢板内固定的方法进行治疗,并早期进行功能锻炼,能极大的减少患者肘关节功能的丧失,本组中优良率达 88.5%,临床疗效满意。此方法为肱骨髁间骨折的治疗提供了理想的选择。

参 考 文 献

[1] 赵 杰,王新伟,张秋林,等.双张力带法治疗肱骨远端粉碎性骨折[J].骨与关节损伤杂志,2000,15(3),80-182
[2] Aitken G K, Rorabeck C H.Distal humeral fracture in the adult[J]. Clin Orthop, 1986, 207(4): 191.
[3] 荣国威.骨科内固定[M].第 3 版,北京:人民卫生出版社,1995.90.
[4] 明江华,钟 俊,唐雪梅,等.肱骨髁间粉碎性骨折传统手术与 AO 技术治疗的疗效比较[J].临床外科杂志,2000,8(4):224-225.
[5] Jupiter J B, Neff U, Holzath P, et al.Intercondylar fractures of the humerus: an operative approach[J].J Bone Joint Surg Am, 1985, 67(2): 226-239.
[6] 马维虎,徐荣明,周雷杰,等.C 型肱骨髁间骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2003,23(8):474-476.
[7] 乔高山,朱乐银,何耀国,等.尺骨鹰嘴截骨 Y 型钢板内固定治疗肱骨髁间粉碎性骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2003,18(5):337.
[8] 安智全,曾炳芳,于晓雯.经尺骨鹰嘴截骨复位双钢板内固定治疗肱骨远端关节内粉碎骨折[J].临床骨科杂志,2005,8(1):29-31.
[9] 张文捷,周 跃,王建忠,等.双钢板固定技术治疗肱骨髁间骨折[J].临床骨科杂志,2006,9(3):227-228.
[10] 王思群,吴建国,夏新雷.重建钢板固定和尺神经前置治疗肱骨髁间骨折[J].中华骨科杂志,2003,23(8):474-476.
[11] John H, Rosso R, Neff U, et al.Operative treatment of distal humeral fractures in the elderly[J]. J Bone Joint Surg(Br), 1994, 76(5): 793-796.
[12] Mckee M D, Mehne D K, Jupiter J B.Fractures of distal humerus. Brower BD.Skeletal trauma[M].Philadelphia: W B Saunders, 1998.14384-14389.

(责任编辑:张学颖)

男性乳房肥大又称男子女性型乳房，临床表现为一侧或两侧乳房呈女性样发育、肥大，大部分无自觉症状。多起始于男性青春期（12～17 岁）或老年期（50～70 岁）[1]。有报道发病率达到 32%～36%，但近年有上升趋势[2]。我们自 1998 年 10 月至 2009 年 6 月，采用脂肪抽吸加乳晕小切口治疗男性乳房肥大症 49 例，取得了满意的疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性患者共 49 例（98 侧），年龄 18～30 岁，平均年龄 24 岁，均强烈要求手术治疗。患者均表现为双侧乳房肥大，无自觉症状。其中乳房最大者约 12.5 cm×11 cm×4 cm，最小者约为 8 cm×7 cm×2 cm。乳腺增生持续时间平均为 2.6 年。实验室检查雌激素、雄激素水平正常，术前乳房彩超和钼靶检查查体未见其他异常。按 Cohan 分型[3]，均属于脂肪腺体型。

1.2 手术方法

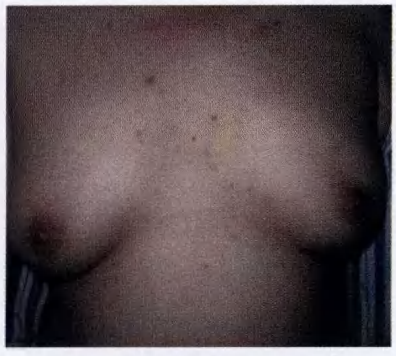
1.2.1 术前设计 术前首先标记吸脂范围，嘱患者站立，双肩自然下垂，以肥大隆起的乳房为中心，用亚甲兰标记出所需吸脂的范围，然后患者取平卧位，双上肢外展 90°位，沿乳晕内侧缘标记弧线切口线，长度约 2 cm。

1.2.2 手术步骤 常规消毒铺巾，在吸脂范围注射肿胀麻醉液（生理盐水 1 000 ml +2%利多卡因 20 ml+0.1%肾上腺素1.0 ml+5% $NaHCO_3$ 20 ml），以乳房标记划线以外 1 cm 处为抽吸针进针点，用浓度为 0.5%利多卡因作局部浸润麻醉后，尖刀切开皮肤 3～5 mm。取直径 2.5～3 mm，长 25 cm 钝性吸脂管，连接超声去脂减肥仪（北京中科医疗设备有限公司），将肿胀麻醉液通过注入泵注入吸脂区域的皮下脂肪层及乳腺周围组织内，设定吸力为 0.08×10^6～0.09×10^6 Pa，反复抽吸乳房区域及乳腺组织周围的脂肪，方法同普通超声吸脂一样。经超声脂肪后可见胸部皮下残留的乳腺组织隆起，沿乳晕下内侧缘作弧形切口线，长度约 2 cm，深达皮下，用组织剪沿乳腺下方分离，保留乳头乳晕皮下组织约 1～2 cm 厚，切除多余的乳腺组织，如果乳腺组织较大，可分块切除，注意保留使乳头区域保持平整。切除乳腺后，彻底止血，逐层缝合，术后放置负压引流 24～48 h，用弹力绷带加压包扎 10～14 d，减少术后渗血及防止血肿形成，同时保证术区的平整，7～10 d 可拆线。

1.2.3 手术要点 抽吸过程中应不断用食指及拇指提捏皮肤及皮下组织，以保留皮肤及皮下组织厚度为 1～1.5 cm 为宜，在标记线周围吸脂时注意局部平整，保证乳房肥大区域与正常组织之间的衔接平滑，术后无明显痕迹。作乳晕切口时注意切口勿向乳晕外侧延长以避免乳头感觉神经受损。

2 结 果

本组 49 例（98 侧）患者术中吸出脂肪量（双侧）400～1 000 ml，切除腺体组织（双侧）50～180 g，病理显示符合男性乳腺增生。49 例患者切口愈合良好，肥大乳房消失，胸部平坦、自然，无乳头、乳晕感觉减退。术后（电话）随访 0.5~3.0 h，切口隐蔽，切口痕迹不明显，患者均对手术效果满意（图 1）。



术前正位



术前侧位



术后 9 d 正位



术后 9 d 侧位

图 1 男性乳房肥大症患者

3 讨 论

男性乳房肥大症,其发病原因目前尚不明确。涉及多个方面,不但与机体内分泌有密切关系,现认为还与环境污染有密切关系[4]。但多数学者认为可能与体内雌雄激素比例失调而导致雌激素水平绝对或相对过高,以及乳腺组织对雌激素的敏感性增加有关[5]。男性乳房肥大症一般分为原发性和继发性两类,前者多见于青春期及老年期男性,此类较多见;后者多见于某些疾病如肝病、肾病、甲状腺机能亢进、睾丸及性腺肿瘤等患者。按病因分为生理性、病理性、药物性、特发性四类,其中药物性男性乳房肥大占 10%～25%[6]。随着人们生活水平的提高及饮食的改变,肥胖性乳房肥大患者也在不断增多。也可按临床特征分为:腺体型、脂肪型、脂肪腺体型,以指导手术治疗方式。

男性乳房肥大症的治疗分为药物治疗和手术治疗两大类。药物治疗主要采用雄激素制剂或抗雌激素制剂为主,但效果不理想,而且,长期服用,有不同程度的副作用[5]。手术治疗的目的是切除增生的乳腺组织,恢复正常男性乳房外形,将瘢痕、手术后的乳房、乳头、乳晕的畸形减少到最小程度[7]。手术的适应症为(1)药物治疗无效。(2)乳腺直径大于 4 cm,长期不消退。(3)乳腺肿大明显,影响美观。(4)患者担心癌变。由于本病多发于青春期,多数在 1～2 年内自行消退[1],故手术时机应为症状持续两年以上者。目前手术方法主要有单纯的腺体锐性切除、单纯的脂肪抽吸及脂肪抽吸加腺体切除。单纯的腺体锐性切除创伤较大,术后遗留有明显的手术疤痕,且易造成乳头乳晕处感觉障碍,而单纯的脂肪抽吸对腺体型和脂肪腺体型效果不佳,很难吸出增生的腺体组织。我们采用超声吸脂加乳晕小切口治疗男性乳房肥大症,取得了满意的效果,在手术过程中有几点关键需要注意:(1)术前标记吸脂范围时应取立位或坐位,双肩自然下垂,准确标记出乳房肥大区域,在肥大区域边缘抽吸时应适当减少吸脂量,逐渐过渡到正常区,这样术后显得更自然平整。(2)乳晕切口时应选择靠下内侧,避免术后乳头乳晕感觉减退,因为支配乳头乳晕的第 4 肋间神经外侧皮支的深支沿乳晕外侧皮下走行[8]。(3)在吸脂时应保留乳房肥大区域皮下及皮下组织约 1～1.5 cm 厚度,以及在切除腺体时应保留乳头乳晕皮瓣厚度约为 1～2 cm,避免损伤血供出现皮肤坏死。(4)术后需放置负压引流 24～48 h,并用弹力绷带加压包扎塑性 2 周,减少术后渗血及防止血肿形成,同时保证术区的平整。

综上所述,该术式有以下几个优点:(1)超声吸脂与普通的负压抽吸相比,前者减轻了操作强度、减少了失血量和早期皮肤瘀斑、局部皮肤明显不平、血肿、血清肿等并发症。其由于超声波具有选择性地破碎脂肪组织,而对周围血管、神经、淋巴管等组织不受影响,故术后创伤小、出血少、患者全身组织反应轻、机体恢复快,容易被患者接受[9]。(2)吸脂范围可根据乳房肥大程度选择,对整个胸部塑性效果较好。(3)经超声吸脂后,乳腺组织与其下的周围组织呈疏松网状连接,仅采用小切口就可轻易切除多余的乳腺组织,同时可以配合电刀进行切除,止血效果更好,从而使损伤降至最低。(4)乳晕处皮肤色泽较深,在此处作切口比较隐蔽,加之切口仅约 2 cm,术后切迹不明显,符合整形外科的要求,本方法操作简单,损伤小,安全性大,适合推广。

参 考 文 献

[1] 王 炜. 整形外科学[M].杭州:浙江科学技术出版社,1999.1170-1172.

[2] Rohfich R J,Ha R Y,Kenkel J M.Classification and management of gynecomastia:Defining the role of ultrasound--assisted liposuction [J]. Plast Reconstr Surg,2003,111(2):909.

[3] Gohan I K.Gynecmastia:Suction lipetomy as a contemporary soluction[J].Plast Reconstr surg,1987,80(3):386.

[4] 谌章庆,唐朝晖. 男性乳腺增生[J].中华男科学,2000,6(3):184-187.

[5] 钱会利,蔡景龙,王忠媛.男性乳房发育症的分类和外科治疗[J].实用美容整形外科杂志,2003,14(3):149-151.

[6] Eckman A,Dobs A.Drug-induced gynecomastia[J].Expert opin Drug saf,2008,7(6):691-702.

[7] 乔 群,孙加明.乳房整形美容外科学[M].郑州:郑州大学出版社,2004,255-257.

[8] 孙家明,乔群,赵 茹,等.乳房神经血管解剖学研究及乳房缩小成形术中的意义[J].中华整形外科杂志,2004,20:277-279.

[9] 刘文阁,王积恩,邵文群.实用美容整形外科手术学[M].北京:学苑出版社出版,2004.573-575.

(责任编辑:冉明会)