

· 临床论著 ·

# 乳晕旁单切口行乳腺多发良性肿块切除术 238 例

褚守荣 孙秋茹 战志勇 秦春新

(威海市立医院普外科 威海 264200)

【摘要】 目的 探讨行乳晕旁单切口手术治疗乳腺多象限多发良性肿块的可行性。 方法 2003 年 10 月~2005 年 10 月,对 238 例 542 处乳腺多发良性肿块行区段切除术。根据肿块部位和大小设计乳晕周缘弧形单切口,沿乳管方向纵行切开乳腺组织,切除乳腺多象限多发良性肿块。 结果 所有肿块病变组织完整切除,乳腺腺体区段切除或象限切除 39 例,乳腺内多发肿块切除 199 例。手术时间 35~50 min,平均 43 min。全组患者切口一期愈合。195 例随访 3~24 个月,平均 14 个月,未见肿块复发,切口瘢痕不明显,乳房形态及外观正常。 结论 经乳晕周缘单切口切除乳腺多象限多发良性肿块安全可行,既达到治疗目的,又符合美学微创要求,特别适合青年未婚女性患者。

【关键词】 乳腺良性肿块; 单切口

中图分类号 R737.9

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)12-0971-02

对于乳腺良性占位性疾病,一般手术的切口是在肿块表面行放射状切开,试图减少乳腺导管的损伤,但术后乳房表面常留下不同程度的瘢痕。2003 年 10 月~2005 年 10 月,我们在乳晕周缘做弧形单切口,对 238 例 542 处乳腺多发良性肿块行区段切除术,避免乳房表面切口瘢痕形成,手术效果满意,现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 238 例,均为女性。年龄 17~66 岁,平均 39 岁。单侧 193 例,其中单发 86 例,多发 107 例(2 个象限 88 例,3 个象限 19 例);双侧 45 例(2 个象限 22 例,3 个象限 23 例),其中一侧多发 33 例,双侧均多发 12 例。共 542 处肿块。肿块直径 0.3~5.0 cm,平均 1.8 cm。肿块位于外上象限 255 处(255/542,47.0%),外下象限 115 处(115/542,21.2%),内上象限 71 处(71/542,13.1%),内下象限 37 处(37/542,6.8%),乳晕区 64 处(64/542,11.8%)。肿块至乳晕缘 0.5~4.5 cm,平均 2.8 cm。经体检及彩色 B 超、X 线检查或穿刺活检,拟诊为乳腺良性疾病。

病例选择标准 ①乳房实性或囊实性肿块,体检及 B 超临床诊断均为良性疾病;②乳腺增生病变局限,经药物治疗症状不缓解;③肿块直径≤5 cm,距乳晕边缘<5 cm;④无传统手术的绝对禁忌证。

### 1.2 方法

距肿块最近处的乳晕缘设计弧形切口,长 3~4

cm,甲紫画线,将切除肿块的范围做定位标志。含 2~5 μg/ml 肾上腺素的 0.5% 利多卡因局部浸润麻醉,包括切口线与肿块之间皮下组织。沿标定之切口线切开皮肤及皮下组织,分离皮下组织与乳腺包膜之间隙后,将腺体牵向乳头方向。沿乳管方向纵行切开乳腺组织,直至腺体基底部,仔细探查各个象限腺体组织,钳夹住病变周围腺体并牵拉至切口旁,将病变组织、多发肿块完整切除,包括周围少许正常组织。3-0 可吸收线皮内缝合切口,术区绷带加压包扎。术后抗炎治疗。

## 2 结果

所有肿块病变组织完整切除,乳腺腺体区段切除或象限切除 39 例,乳腺内多发肿块切除术 199 例。手术时间 35~50 min,平均 43 min。术中出血量 20~35 ml,平均 28 ml。术后病理诊断:乳腺多发纤维腺瘤 146 例 335 处,乳腺囊性增生病 43 例 116 处,乳管内多发乳头状瘤 22 例 22 处,乳腺导管扩张症 18 例 38 处,乳腺囊肿 5 例 27 处,乳腺脂肪血管瘤 4 例 4 处。乳晕切口均一期愈合,未出现皮下血肿及皮肤坏死等并发症。195 例(81.9%)随访 3~24 个月,平均 14 个月,1 年以上 158 例,切口瘢痕隐蔽且不明显,超声检查证实未见肿块复发,乳房形态及外观正常,乳头丰满,乳晕血供正常。

## 3 讨论

以往对于乳腺良性肿块的治疗,常采用在乳房肿块表面做一与乳头呈放射状、较肿块直径稍长的

切口。该切口显露好,操作容易,止血彻底,不易留死腔。但其缺点是在乳房上遗留明显的瘢痕。特别是患有乳房多发性良性占位病变者,如多发性乳腺纤维瘤,手术后遗留较多瘢痕,严重地影响乳房的外观及形态<sup>[1]</sup>。我们从美学角度在乳晕周缘做弧形单切口、沿乳管方向纵行切开腺体,进行乳腺多象限多发良性肿块及腺体区段切除术,使乳房皮肤无明显瘢痕,达到美容微创效果。

### 3.1 乳晕周缘切口的理论依据

3.1.1 乳晕的特点 据统计,我国女性乳晕直径为 3.5~4.8 cm<sup>[2]</sup>,乳晕区的皮肤薄,富有弹性,易于伸展,便于进行手术操作。乳晕的色素沉着及有结节状的乳晕皮脂腺,使瘢痕不易显现。

3.1.2 乳晕的血供 乳房的血供来源于胸廓内动脉、第 3~7 肋间后动脉支、胸最上动脉和胸肩峰动脉的乳房支及胸外侧动脉的乳房外支等,上述分支在乳房内交织成网,共同构成乳房的立体运体系,特别在乳头、乳晕下有血管网,使其血供丰富,有利于乳晕周缘切口的愈合,不会引起乳头的运障碍。蔡华京等<sup>[3]</sup>报道可采用乳晕周围环状切口行多种整形手术。

另外,乳房皮肤皮下组织富有弹性,二者与乳腺之间以及乳腺与胸大肌之间有疏松的组织间隙,较容易分离,有利于乳晕周缘单切口切除乳腺多发肿块或腺体区段。

### 3.2 选择乳晕缘切口的优缺点

3.2.1 优点 采用乳晕周缘切口,由于手术切口瘢痕位于肤色较深、皱褶较多的乳晕内,因而多不明显,不影响乳房的形态美<sup>[4]</sup>。术后随访观察,乳房形态及外观正常。术后 1 年以上者切口瘢痕更不易觉察。本术式术中纵行切开腺体至基底部,有利于多象限肿块特别是乳房深部肿块的探查,利于微小病灶的发现(有时可触及 B 超未能发现的乳腺深部小病灶),并且较以往手术没有过多损伤乳腺组织,故易被患者接受,本组患者对手术结果均满意。对于乳腺多象限多发肿块,行乳晕周缘单切口可减少手术创伤,术中出血少,手术时间短,切除肿块彻底,术后并发症少。故我们认为采用乳晕周缘单切口手术治疗乳腺多发良性占位病变,可获得与常规乳房多个放射状切口手术同样的治疗效果,而美容效果明显优于常规手术切口。该术式安全可行,符合美学微创要求,值得推广。

3.2.2 缺点 术中显露及切除肿块较常规术式困难,有时可出现切缘表皮拉伤等。因此,选用该术式时应适当选择病例。年龄 <40 岁,经体检及超声或穿刺活检明确为良性肿块,肿块直径 <5 cm,距乳晕边缘 <5 cm 者应为首选。对于年龄 >50 岁、高度怀疑为恶性肿瘤、肿块直径及距乳晕边缘均 >5 cm、乳晕较小者不宜采用乳晕缘切口。

### 3.3 手术的要点及注意事项

切口应选在距肿块最近之乳晕缘,切口长度一般不超过乳晕周径 1/2,且避免乳头乳晕及底部的广泛剥离,否则乳头乳晕皮肤血供与感觉有可能受影响<sup>[5]</sup>。因乳头由第 4 肋间皮神经支配,故切口选择应尽量避免采用乳晕外侧缘切口,以免影响乳头勃起及导致感觉障碍。解剖层次清楚,在分离皮下组织与乳腺包膜之间隙后,助手将肿块向乳头方向推移,以利手术显露切除。术中沿乳管方向纵行切开腺体,仔细探查,逐一切除多发肿块,避免遗漏微小病灶。

手术注意事项 ①对乳头溢液者,切除乳晕下包块时,可经原溢液的乳腺导管注入亚甲蓝,以利将肿块或有亚甲蓝染色的导管分离切除。②须做腺体区段切除或象限切除者,于乳腺表面向腺体下缘分离,再将乳头提起,保留乳头血供及乳晕下导管组织,将腺体完整切除。③术野彻底止血。由于乳晕缘手术切口较小,且手术剥离面积较广,应注意创面彻底止血。对于切除距乳晕较远肿块后不易彻底止血者,应常规放置橡皮条引流以防止术后血肿形成。④分层间断缝合乳腺创面、包膜及皮下组织,不要残留死腔,若切除组织较多,切缘对合时应避免形成凹陷畸形。

### 参考文献

- 1 蔡清萍,王强,项洪刚,等. Mammotome 旋切术在乳腺良性疾病中的应用价值. 中国微创外科杂志 2005, 5(9): 759-767.
- 2 赵猛,李小燕,何明武. 无明显瘢痕的乳房肿块切除术. 实用美容整形外科杂志 1998, 9(4): 196-197.
- 3 蔡华京,李茹. 乳房手术中的乳晕切口应用. 中国临床医学, 2004, 11(6): 1159-1161.
- 4 赵绶波,王超凡. 乳晕周围环形切口在乳腺疾病治疗中的应用. 中国美容医学 2002, 11(5): 440-441.
- 5 蓝天. 乳晕切口切除乳房良性肿块 58 例报告. 西部医学 2005, 17(2): 121.

(收稿日期 2005-12-30)

(修回日期 2006-06-15)