

腹腔镜男子乳腺发育微创手术的关键问题

骆成玉*

(首都医科大学附属复兴医院乳腺微创中心, 北京 100038)

文献标识: C

文章编号: 1009-6604(2019)01-0004-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.01.002

男子乳腺发育(gynecomastia)是最多见的男性乳房疾病,约占男性乳房疾病的60%~80%。病因主要与体内雌激素水平绝对或相对增高有关。近年来,随着高脂饮食的过多摄入、食物中雌激素的影响、保健品的不当应用、环境污染等,其患病率有明显升高的趋势。对临床治疗指导意义较大的应属Simon标准(三级四度)^[1,2]。患者往往有严重的心理负担,半数以上有被嘲笑和孤立的经历,会出现自卑情绪,严重影响日常生活和社交。如不采取及时有效的治疗,有可能引发抑郁、焦虑等。为此,患者及家人要求整复的心理非常迫切,而且在意手术整复后的胸壁外形及切口瘢痕,不愿被人知道其手术经历。所以,手术目标有下列5点(5S目标):①乳腺组织尽可能全部去除(sweep);②隐蔽的切口瘢痕(scar);③两侧对称(symmetry);④正常男性胸廓形态(shape);⑤术后皮肤外观平整(smoothing)。

腹腔镜男子乳腺发育手术不失为一种行之有效的。我国百余家医院开展了此项手术,但切口入路和手术程序等迥然不同,因而手术彻底性、手术时机以及手术效果大相径庭,亟待规范^[3-6]。我们从2002年开始至今已完成千余例手术,获得了较好的手术效果,结合自己的经验,总结手术操作“九步法”及相关要点,详述如下。

1 手术要点

1.1 手术适应证

①Simon II B级及以上;②持续24个月不消退;③有症状;④有恶变危险;⑤影响身心健康;⑥强烈要求手术。

1.2 术前标记

术前站立位标记需要吸脂的范围。

1.3 麻醉

全身麻醉。

1.4 体位

仰卧,患侧肩关节外展,肘部屈曲,双上肢上抬至鼻头水平悬吊于头架。过度上抬会绷紧胸部皮

肤,影响手术操作空间。两侧各用一个头架,让前臂被绷带各自束缚于其上,不至于垂下。

1.5 显示器摆放

患者头侧上方两边各放置一个显示器,左侧手术时术者观看患者右前方显示器。

1.6 配制脂肪溶解液

生理盐水400~500 ml + 蒸馏水400~500 ml + 2%利多卡因40 ml + 肾上腺素0.5~1.0 mg,每侧乳房注射一半。

1.7 注射脂肪溶解液

①使用至少2个50 ml或20 ml注射器,注射的同时器械护士吸满另一只注射器备用。②长针头:便于注射脂肪溶解液能够到达远处。③脂肪溶解液注射顺序:从乳腺后方即胸大肌筋膜前方开始,这样可以抓起乳腺,方便将注射针置入乳腺后方(如果先注射乳腺前方即皮下,皮下注射后,整个乳房比较饱满,不易抓起乳腺,增加乳腺后方注射的困难)。然后在外面提起乳房,抽吸乳腺外侧、乳腺浅部(即乳房皮下)、乳腺头侧、乳腺尾侧下方,最后乳腺内侧。④抽吸一侧时注射另一侧。

1.8 抽吸脂肪

①开始时间:脂肪溶解液注射10 min后。②抽吸孔位置:在腋窝下方、腋中线与乳房上缘交界处切口。此孔即是后续腹腔镜置入孔。③抽吸孔大小:先用剪刀片切开7~8 mm,抽吸脂肪。在抽吸过程中,此孔会被撑大一些。如果一开始就切口1 cm,抽吸动作又使得该孔增大,置入10 mm腹腔镜后会漏气,影响腔镜操作。④抽吸头:使用人工流产所用的8号吸引头,经济、实惠、耐用,更重要的是快捷。⑤抽吸范围:包括乳房区域及其周围皮下、乳房深层。⑥抽吸乳房后方时,宜抓起乳房,保证此处的抽吸事半功倍。吸引头不能插入过深,以免进入胸大肌。⑦检查脂肪抽吸效果:估计抽吸完善后,横扫或者左右小幅度摆动吸引头,探查皮下及乳房后方,确认已经抽吸彻底。⑧清除腔镜前方障碍:置入腔镜之前,抓起乳房,用细长剪刀或者带有细长刀柄(7

* 通讯作者, E-mail: luochengyu@163.com

号)的小尖刀片(11 号)伸入腋下的脂肪抽吸孔,稍加修剪乳腺外侧和外上的纤维条索,以便让操作剪刀和分离钳进入与腔镜的同一空间,也克服外侧在腔镜操作上的盲区,节约手术操作时间。

1.9 trocar 位置

抽吸脂肪孔为腔镜孔。2 个操作孔分别位于腋中线平乳头处和腋中线乳房下缘交界处,放置剪刀和分离钳,可根据手术需要随时调换。

1.10 气腔压控制

维持腋窝气腔一定的气体对保证手术顺利进行十分重要。气腔压太高,可能会增加出现胸壁皮下气肿的机会,可能影响到胸廓上部的大血管;气腔压过小,气腔会随呼吸运动而扩张和缩闭,操作困难。由于腋窝部皮肤与 trocar 之间不能达到腹壁皮肤与 trocar 那种紧密程度,很容易漏气,需将输入气放在快速档,适当调高气腹机仪表上的气压上限至 10 mm Hg,而实际气腔压(即仪表上的读数)不可能达到,通常维持在 8、9 mm Hg。

1.11 腹腔镜操作流程“九步法”

①离断乳房腺体的外侧。②离断前方即 Cooper 韧带,也就是皮下。此时,扶镜手经常需要双手联动,一只手在腔镜前段抬起腔镜。③离断外上。④离断后方。⑤离断内上。该区域有时会遇到胸廓内动脉的肋间穿支,需要辨认后电凝后切断,以防出血。一旦出血,常常还很顽固,电凝止血即可。由于血管与皮下很近,电凝时注意勿电损伤到表面皮肤导致严重并发症之一——皮肤坏死。⑥离断外下。⑦离断内下。⑧离断乳头正下。如果在前面步骤提前切断了乳头下方腺体,乳房将失去固定支持功能,不方便对乳房周围的分离操作。另外,乳头下方腺体保留厚度至少 5 mm,正好与剪刀头部的直径 5

mm 相当。过短会出现术后乳头凹陷,过长造成乳头凸起,二者都会大大抵消本手术美观的期望。如果在切断时没有把握留得正好,可以适当多留点,待手术取出全部乳房腺体后检查乳头的凹凸程度,必要时借助旋切刀或细长剪刀,去除多余腺体。⑨离断内侧。至此,乳房腺体已经完全游离。

1.12 取出已经切除的乳房腺体

从腋下 10 mm trocar 孔先以血管钳拉出少许,至拉不出时,用剪刀片切断外周紧贴 trocar 孔的部分腺体组织,使之变成一个长条,这样就可以很方便彻底地完全取出。

1.13 检查出血

腺体取出后,重新置入 10 mm trocar,充气,腔镜下彻底止血,生理盐水冲洗创面。

1.14 平坦化“前胸壁”

乳房外周有时稍隆起,需要再对原先乳房位置周围进行吸脂找平,防止出现“火山口”现象,增加外型美观。

1.15 检查对称性

对比双侧前胸,必要时补充吸脂再矫正。

1.16 摊平乳房皮肤

乳房过大、皮肤较多者,宜将皮肤平均分布在胸前,避免术后皮肤折叠贴合。

1.17 引流、包扎

从下方 trocar 孔放置高负压引流 1 根,4-0 可吸收线皮内缝合 trocar 切口。术后弹力绷带包扎。

2 小结

目前男子乳腺发育切除方法有以下几种:开放手术切除法、吸脂法、吸脂联合腺体切除、真空旋切、腔镜手术。不同术式各有特点,见表 1。

表 1 各种男子乳腺发育切除方法的特点

项目	开放	单纯吸脂	吸脂 + 开放	真空旋切	全腔镜
腺体组织切除彻底性	好	差	好	差	优
复发几率	小	大	小	大	很小
出血可能	较大	小	小	大	小
术后胸壁不平整可能	可能性大	可能性小	可能性小	可能性大	可能性小
皮肤坏死可能	较大	小	较大	小	小
皮肤切口位置	正面,长	小,隐蔽	正面,长	小,隐蔽	小,隐蔽

既往腹腔镜男子乳腺发育手术存在适应证掌握过宽,术后不同程度的乳头部浅层缺血,甚至乳头坏死、皮下积液、胸壁广泛皮下气肿、腔镜操作孔周围皮缘坏死、乳头下陷等并发症,且手术时间较长等缺憾。“九步法”腹腔镜隐痕男子乳腺发育微创手术的腺体组织切除彻底,切口瘢痕小而隐蔽,双侧对称性好,术后胸廓形态佳,胸壁外形平整,采用“九步法”规范手术操作,效果满意,可作为优选手术方式。

参考文献

1 Wyrick DL, Roberts M, Young ZT, et al. Changing practices: the addition of a novel surgical approach to gynecomastia. Am J Surg, 2018,216(3):547-550.

2 Choi BS, Lee SR, Byun GY, et al. The characteristics and short-term surgical outcomes of adolescent gynecomastia. Aesthetic Plast Surg, 2017,41(5):1011-1021.

3 刘 攀,田延锋,李 芳,等.腹腔镜手术治疗男性乳房发育症 58 例报告.中国微创外科杂志,2015,15(2):140-142.

4 朱 婧,郭钊轩,周志升,等.肿胀麻醉脂肪抽吸配合腹腔镜技术治疗腋窝副乳腺.中华医学美容美容杂志,2013,19(2):143-144.

5 董学峰,朱 见,周 鹏,等.da Vinci Si 机器人治疗男性乳房发育症的临床研究.腹腔镜外科杂志,2016,21(11):801-803.

6 唐 文,马昌义,裴 玲,等.腹腔镜手术治疗男性乳房发育症 11 例报道.中国普外基础与临床杂志,2011,18(11):1216-1217.

(收稿日期:2018-09-04)

(修回日期:2018-11-07)

(责任编辑:王惠群)