

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2020.10.026  
文章编号: 1005-8982(2020)10-0125-02

临床报道

## 内镜在乳房悬吊术中的应用

李京<sup>1</sup>, 陈艳<sup>2</sup>, 赵黎花<sup>3</sup>

(1. 天津大学 医学工程与转化医学研究院, 天津 300072; 2. 武汉大学中南医院 整形外科, 湖北 武汉 430071; 3. 广西中医药大学附属瑞康医院 整形外科, 广西 南宁 530011)

**摘要:** **目的** 探讨内镜辅助乳房悬吊术的优势、手术技巧和临床实用性。**方法** 选取2015年8月—2016年8月于广西中医药大学附属瑞康医院整形外科施行内镜辅助乳房悬吊术患者30例, 观察术后疗效。**结果** 患者双侧乳房下垂得到较大程度的纠正, 乳头、乳晕血运正常, 外形挺拔、美观。术后3个月回访无血肿、感染等发生。**结论** 在轻、中度乳房下垂的整形手术中, 内镜辅助乳房悬吊术设计合理, 效果好, 创伤小, 恢复快, 适合于临床推广。

**关键词:** 内镜; 乳房下垂; 悬吊术

**中图分类号:** R622

**文献标识码:** B

乳房下垂是一种常见的后天乳房形态缺陷<sup>[1]</sup>。随着年龄和体内激素的变化, 乳房呈下垂变化趋势<sup>[2]</sup>。乳房的整体下垂, 不仅损害女性原有的曲线美, 而且使女性丧失自信。传统的矫正乳房下垂的手术方式主要依靠收紧或者调整乳房的皮肤来达到手术目的。笔者结合顾威等<sup>[3]</sup>的思路将内镜技术运用于乳房悬吊术中, 形成一种新的手术方式, 现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2015年8月—2016年8月广西中医药大学附属瑞康医院整形外科收治的乳房下垂患者30例。患者均为女性, 年龄20~48岁, 均为轻、中度乳房下垂, 无系统性疾病, 肝、肾功能正常, 评估后均采用内镜辅助乳房悬吊术矫正乳房下垂。

#### 1.2 方法

**1.2.1 术前** 详细交谈了解患者的要求后, 患者直立位, 双手放于腰间, 在胸前标记出需要剥离提升的范围, 在第二肋间在皮肤的投影和乳房子午线的交点处, 根据乳房最低点到乳房下皱襞的垂直距离为标准, 标记需要提升悬吊的距离, 即将乳房下垂的部分悬吊到乳房上缘, 手术的切口线隐藏于腋窝顶部的天然褶皱内, 长3~4 cm。

**1.2.2 术中** 腋下切口切开皮肤, 血管钳钝性分离皮下脂肪, 注意对腋下脂肪垫的保护, 以胸大肌外侧缘的体表投影为标记钝性分离至胸大肌外侧缘, 钝性分离胸大肌深筋膜, 手指在胸大肌下潜行剥离, 分离出胸大肌下的部分腔穴, 置入光导拉钩确保置入层次的准确性。置入内镜对乳腺后间隙进行充分剥离, 直至剥离到术前标记悬吊提升的范围。在手术操作过程中, 直视下发现出血点则需要及时止血, 以免出血较多影响腔内视野亮度。还可以在术前设计的区域刺入针头在内镜直视下判断是否剥离的区域已经充分剥离。在乳房后剥离的悬吊提升的腔隙要足够大, 尤其在乳腺腺体边缘也要做相应的剥离处理, 以达到乳房的腺体组织和胸大肌分离完全的效果, 让下垂的乳腺组织能够由胸壁的外下方可以推至内上方以达到悬吊提升的效果。在乳房子午线上和子午线的两侧2~3 cm处再标记2个悬吊固定点。置入内镜专用的钳子和持针器用1号线和8×20的缝合针将分离的乳腺腺体组织缝合固定于胸大肌筋膜上(见图1), 注意将下垂的乳房悬吊固定在乳房上部边缘10、12及2点钟处。注意在固定时不要穿破皮肤和进入胸腔形成气胸。手术操作完毕后还需要对比两侧胸部的活动度、对称性和乳头的高度。

收稿日期: 2019-11-22

[通信作者] 赵黎花, E-mail: 119076019@qq.com; Tel: 18677102789

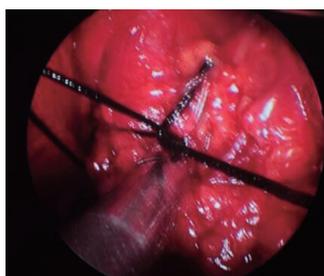


图 1 内镜下悬挂固定

1.2.3 术后 术后常规应用抗生素和止血药 3 ~ 5 d, 术后 10 d 间断拆线, 术后 3 个月穿弹力束胸衣, 对乳房进行塑形, 减少上肢活动范围, 并促进皮肤组织回缩。

## 2 结果

患者恢复良好, 术后 3 个月回访 30 例患者对乳房的挺拔度和活动度满意, 术后未出现血肿及疤痕形成等并发症 (见图 2)。



术前正位片

术后 3 个月正位照

图 2 右侧乳房内镜下悬吊术前后对比

## 3 讨论

根据胸部下极到乳房下皱襞的垂直距离的不同可以把乳房下垂分为轻、中、重及特重度乳房下垂, 既往传统的手术大都没有加强和重建乳房内部的支撑和悬吊结构, 而依靠减少松弛的皮肤来治疗乳房下垂<sup>[4]</sup>。传统的倒“T”型切口乳房下垂矫正的手术方式, 因其在乳房腺体和皮肤中间剥离的广泛性和充分性, 对患者的创伤较大, 延长了术后恢复时间, 同时增加

了乳晕和乳头部位血运丧失和神经损伤的机会<sup>[5-6]</sup>。环形切口矫正乳房下垂的乳房整形术后容易在乳房下方形成一线状瘢痕。所以笔者将整个乳房后间隙进行充分的剥离, 并且通过三点悬吊的手术方式将乳腺组织悬吊固定在乳房上极下的胸大肌上, 在减少滑动的同时, 也形成强有力的黏连, 防止复发。并可维持更持久的手术效果。避免了双环法乳房下垂矫正可能会出现远期的乳房扁平、切口瘢痕明显等后果<sup>[7]</sup>。

目前, 腔镜辅助乳房悬吊技术作为腔镜技术在整形外科的新术式, 具有手术切口隐蔽、术后疤痕增生少及对乳头和乳晕的神经保护较完好的优点, 同时, 术后双侧乳房不对称和乳房皮肤因为缺血导致皮肤坏死的概率低, 是目前较为理想的乳房悬吊的术式。但是通过临床观察, 此术式仍有一定的局限性, 对于巨乳症和重度乳房下垂的患者手术操作难度大, 术后患者满意度不高, 且疗效不会立竿见影, 皮肤的弹性回缩也是一个过程, 需要患者长时间配合护理。

### 参 考 文 献:

- [1] 赵延峰, 石曦曦, 王荣荣, 等. 乳房下垂的综合评估与治疗 [J]. 中国美容医学, 2014, 16: 1319-1322.
- [2] WU RINGER E. Refinement of the central pedicle breast reduction by application of the ligamentous suspension[J]. Plast Reconstr Surg, 1999, 103: 1400-1410.
- [3] 顾威, 白洁, 胡劲松, 等. 埋线缝扎法在修复假体隆乳超范围剥离腔隙中的应用 [J]. 中国美容医学, 2006(03): 272-273.
- [4] ASTON S J, BEASLEY R W, THORNE C H. Grabb and smith. splanstic surgery[M]. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997, 742-751.
- [5] 李翔, 刘丰春. 乳头, 乳晕区神经分布的应用解剖学研究 [J]. 解剖与临床, 2003, 8: 13-15.
- [6] 刘延伟, 秦宏志, 胡刚, 等. 应用乳晕双环切口的经验总结 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2008, 19(6): 452-454.
- [7] 刘坚. 内窥镜经腋下切口矫正乳房下垂的临床应用研究 [D]. 南宁: 广西中医药大学, 2018: 7-8.

(李科 编辑)

本文引用格式: 李京, 陈艳, 赵黎花. 腔镜在乳房悬吊术中的应用 [J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(10): 125-126.