

◇ 经验与体会 ◇

## 经乳晕切口双平面隆乳术的临床研究

顾玉芳 赵 宇

**摘要** 回顾性分析经乳晕缘切口行双平面(即乳腺下与胸大肌下)隆乳术的临床效果。运用乳晕切口完成双平面隆乳术,对于部分乳房下垂患者可以同时行乳房下垂悬吊矫正,去除乳晕多余的皮肤。部分患者随访3个月~2年,乳房外形丰满圆润,形态自然,无包膜挛缩、假体移位破裂等并发症。经乳晕缘切口可以完成双平面隆乳术,无需内窥镜指导,手术在直视下完成,操作简便。

**关键词** 乳晕切口; 双平面; 隆乳术

**中图分类号** R 62; R 655.86

**文献标志码** A **文章编号** 1000-1492(2014)03-0407-03

小乳症是一种常见的女性乳房发育畸形,多见于先天发育不良或哺乳后腺体萎缩,雌激素水平低下,少数系由外伤、炎症及腺体的破坏所致<sup>[1]</sup>。其中部分患者同时伴有乳房下垂,哺乳后的女性多见。多年来假体隆乳术已成为治疗小乳症最普遍的整形美容手术之一。Tebbetts<sup>[2]</sup>提出了双平面设计的理念,即将假体部分置于胸大肌下,部分置于腺体后,

在保证乳房的柔软与真实度的同时降低了假体的移位、包膜挛缩的发生率。杨云霞等<sup>[3]</sup>采用经腋窝入路内窥镜辅助双平面隆乳技术,该术式不能同时行乳房悬吊及去除多余松弛皮肤,且需要特殊的设备和器械,不利推广。因此,该研究在借鉴Tebbetts技术的基础之上,配合采用乳晕缘切口行双平面隆乳术治疗小乳症伴乳房下垂12例,观察其效果。

### 1 材料与方法

**1.1 一般资料** 收集安徽医科大学第一附属医院2001年7月~2013年6月小乳症伴乳房下垂患者12例,共24侧乳房,年龄22~41岁,平均33.5岁。其中小乳症并轻度乳房下垂3例,哺乳后乳腺萎缩并松弛9例,4例有离异史。患者身体情况良好,均有增大乳房体积的愿望且不排除手术治疗。术中采用毛面硅胶乳房假体,最小160 ml,最大240 ml,平均220 ml。

### 1.2 方法

**1.2.1 麻醉方式** 全麻插管,麻醉成功后手术开始前静脉滴注抗生素药物。

**1.2.2 术前设计** ①受术者处站立位,双上肢自然下垂,记号笔标出胸骨中线、胸骨旁线、腋前正中

2013-09-06 接收

作者单位:安徽医科大学第一附属医院整形外科,合肥 230022

作者简介:顾玉芳,女,硕士研究生;

赵宇,男,教授,主任医师,硕士生导师,责任作者,E-mail: zhaoyuzj@aliyun.com

## A clinical research of endoscopic sinus surgery to treat noninvasive fungal sinusitis

Wang Dong, Fang Ping

(Dept of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022)

**Abstract** Evaluation methods of chronic sinusitis (Visual Analogue Score and Lund-Kennedy Score) were recommended by the 2009 Chinese Medical Association otolaryngology head and neck surgery to nasal Science Group, and retrospective analysis of the functional endoscopic sinus surgery for noninvasive fungal sinusitis treatment effect of 143 patients. VAS of preoperative was  $5.8 \pm 1.0$ , postoperative score was  $3.9 \pm 1.0$ ,  $2.4 \pm 0.9$  after 3 months, 6 months, respectively ( $P < 0.01$ ). Lund-Kennedy Score of preoperative was  $7.7 \pm 2.1$ , postoperative score was  $3.7 \pm 1.9$ ,  $1.6 \pm 1.4$  after 3 months, 6 months respectively ( $P < 0.01$ ).

**Key words** sinusitis; fungal sinusitis; functional endoscopic sinus; fungi; surgery

线、腋前线、乳房皱襞下 1 cm 处,测量患者胸围、乳头乳晕直径、胸乳线及锁乳线,术前拍照;②患者处平卧位,标记乳晕上缘切口约 4 cm 及胸大肌下剥离范围(上起第 2 肋间,下至原乳房皱襞下 1 cm,内侧至胸骨中线旁 1 cm,外侧至腋前线);③根据受术者的身高、胸围、乳腺组织量、肩宽选择合适的毛面硅胶乳房假体。

**1.2.3 手术方法** ①全麻满意后 0.2% 利多卡因和 1:100 000 肾上腺素沿切口局部浸润麻醉;②按术前设计线切开皮肤、皮下达乳腺组织,向上方分离乳腺组织,并逐步切开乳腺腺体进入乳腺后间隙,用甲状腺拉钩钝性剥离暴露胸大肌,见图 1;电刀于直视下横行切断乳晕切口平面处(第 5 肋水平处)胸大肌,保留其胸骨旁起点,进入胸大肌后间隙后钝性分离胸大肌,使其上界至第 2 肋水平,外界齐腋前线,内界位于胸骨旁 1 cm 处,下界至乳房下皱襞 1 cm,见图 2;③彻底止血后,腔隙内庆大霉素生理盐水冲洗,湿盐水纱布填塞剥离好的腔隙,同法处理对侧。再次检查确保无明显出血点后将假体置入乳腺腺体与胸大肌后间隙下调整假体的位置,使其上 2/3 于胸大肌后,下 1/3 位于腺体后;④调整手术床

至半卧位或坐位,便于观察乳房形态,使其下缘位于理想的下皱襞位置。待假体位置形态满意后,内置负压引流管,间断缝合腺体、皮下组织及皮肤,胸大肌不予缝合;⑤对于部分乳房下垂患者,关闭腺体后,用丝线将乳腺扇形向上根据术前设计悬吊于第二肋间肌筋膜上,同时可以根据患者皮肤松弛情况去除多余皮肤,关闭皮下组织及皮肤。

**1.2.4 术后处理** 术后常规用抗生素和止血药 3 d;观察引流液颜色和量,24 h 引流量少于 20 ml 即可拔除引流管。术后 10 d 左右可拆线,预防使用抗瘢痕增生药物,上极弹力绷带加压固定 2 周后去除。嘱患者乳房按摩每日 2~4 次,每次 15~30 min 为宜,以减少包膜挛缩。

## 2 结果

12 例患者均采用乳晕上缘切口行双平面隆乳术,其中部分患者随访 3 个月~2 年。术后患者形态自然,无假体移位、包膜挛缩及双峰现象出现,3 例患者(小乳症并轻度乳房下垂 1 例,哺乳后乳腺萎缩并松弛 2 例)切口有轻度瘢痕增生,其余手感柔软,患者满意,见图 3。



图 1 乳晕切口下暴露胸大肌



图 2 离段胸大肌

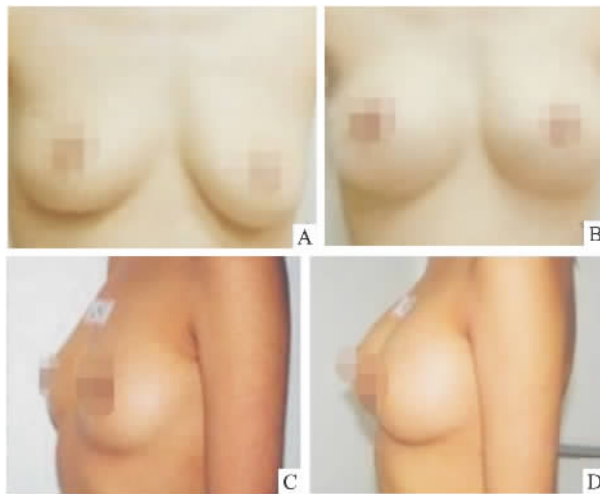


图 3 典型病例

A: 术前正位片; B: 术后(6 个月)正位片; C: 术前侧位片; D: 术后(6 个月)侧位片

## 3 讨论

乳房腺体下平面是最早使用的乳房假体置放平面。该法缺点在于包膜挛缩率高于其他平面,对于乳腺腺体较少及乳腺萎缩患者,假体轮廓易显现和触及,随着年龄增长更易发生乳晕下垂等。1978 年 Jarrett 介绍了胸大肌下隆乳,由于肌肉的承托作

用为假体提供了牢固的支持系统,有利于防止假体外下移位<sup>[4]</sup>;但该方法存在因胸大肌的收缩导致假体外上移、位置或形态改变、手感不佳且有双峰出现的可能等问题。2001年 Tebbetts<sup>[2]</sup>率先提出了双平面设计的理念,有研究<sup>[5-6]</sup>显示,该方法与乳腺下隆乳相比,减少了假体与腺体接触面积,降低了包膜挛缩的发生率;较之于胸大肌下隆乳,减少了胸大肌对假体外下级的压力,可以降低日后由于腺体相对于假体外移而形成“双球形”乳房畸形的机会。其适应证既包括先天性乳腺发育不良或哺乳后腺体萎缩,同时对于传统术式无法解决的乳腺腺体发育不良或乳房下垂的患者,亦可取得良好的形体塑造效果。

笔者总结预防包膜挛缩、感染、血肿、假体移位等并发症措施如下:①首选毛面硅胶假体,Barnsley<sup>[7]</sup>认为光面假体发生包膜挛缩率为毛面假体的5倍;②严格无菌技术操作,层次清晰,止血彻底;③剥离腔隙大小适当;④半卧位或坐位反复确认位置和调整后外形后至两侧对称满意后,方能关闭切口;⑤术后彻底引流,防止血肿机化、炎性反应和挛缩发生;⑥弹力绷带固定松紧要适当,主要施力位置准确,以压迫乳房上方为主,双侧肢体早期活动。此外,经乳晕切口完成双平面隆乳术需注意的是乳晕切口不宜设计在乳晕内,而应在黑白交界处,避免久之形成的白色线痕位于乳晕中央。对于乳晕范围较小患者采用本方法,术后瘢痕会遗留在乳晕之外的正常皮肤上,并且部分患者伴有瘢痕增生,需半年至一年才能慢慢恢复。术者应在手术过程中不要造成切口张力过大,在缝合切口技术上要精益求精,逐层

仔细缝合。如果局部出现瘢痕增生,可在术后半年或1年后再做一次瘢痕修复。

综上所述,经乳晕缘切口的双平面隆乳术结合了“乳腺下平面”和“胸大肌下平面”术式的优点,综合考虑假体、腺体及胸肌之间的软组织覆盖和动力学关系,对于部分乳腺下垂患者同时施行乳腺悬吊术及去除多余皮肤。从长期效果看,无包膜挛缩、假体移位破裂等并发症,患者满意度高,值得进一步推广和交流。

### 参考文献

- [1] 王 伟. 整形外科学[M]. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1999: 1135-6.
- [2] Tebbetts J B. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-softtissue relationships in a wide range of breast types[J]. *Plast Reconstr Surg* 2001, 107(5): 1255-72.
- [3] 杨云霄, 李静林, 谈宇腾, 等. 内窥镜双平面假体隆乳术的临床应用[J]. *中国美容医学* 2011, 20(9): 1353-5.
- [4] Khan U D. Dynamic breasts: A common complication following partial submuscular augmentation and its correction using the Muscle-splitting biplane technique[J]. *Aesthet Plast Surg* 2009, 33(3): 353-60.
- [5] 刘金超, 韩洪军, 杨 盼, 等. 假体隆乳术后并发症的防治[J]. *中国实用美容整形外科杂志* 2006, 17(3): 204-6.
- [6] Moflid M M, Singh N K. Pocket conversion made easy: a simple technique using alloderm to convert subglandular breast implants to the dual-plane position[J]. *Aesthet Surg J* 2009, 29(1): 12-8.
- [7] Barnsley G P, Sigurdson L J, Barnsley S E. Textured surface breast implants in the prevention of capsular contracture among breast augmentation patients: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Plast Reconstr Surg* 2006, 117(7): 2182-90.

## The clinical application of dual plane breast augmentation by areolar papillaris incision

Gu Yufang, Zhao Yu

(Dept of Plastic Surgery, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022)

**Abstract** To analyze the effect of the treatment of dual plane breast augmentation (one part of the implantation was located behind breast parenchyma and the other part was located behind the pectoralis major muscle) use areolar papillaris incision. Using the areolar papillaris incision complete dual plane breast augmentation. For some breast potsis patients the superfluous areolar papillaris skin was removed and suspension fixation was performed at the same time. Some patients were followed up for 3-months to 2-years. All surgical outcomes were satisfactory with natural breast shapes, and there were no complications such as capsular contracture, prosthesis shift or burst. Using the areola papillaris incision can complete dual plane breast augmentation surgery without endoscopic guidance; surgery is simple under directvision.

**Key words** areolar papillaris incision; dual plane; breast augmentation