

• 经验交流 •

腋部副乳腺整形切除 199 例体会

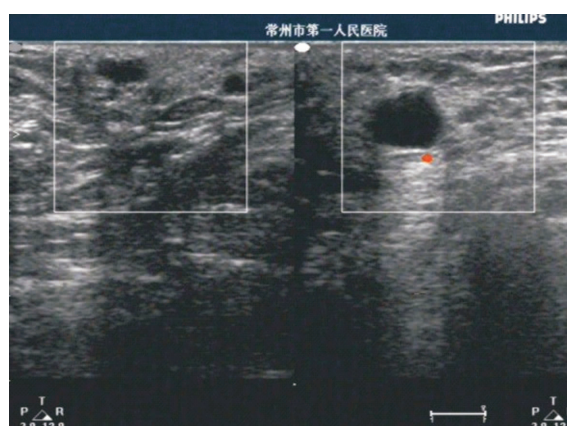
张磊 朱伟良 杨澜

副乳腺为乳腺先天发育畸形,男女皆可发病,女性多见,最常见部位为腋下及腋前。副乳腺小,无明显症状,不需治疗。对于副乳腺较大,且又周期性胀痛,或副乳包块较大,影响美观者,建议行手术治疗。本院乳房外科从 2000 年 1 月至 2006 年 8 月,共收治副乳腺腺病 199 例,现分析如下。

1 资料和方法

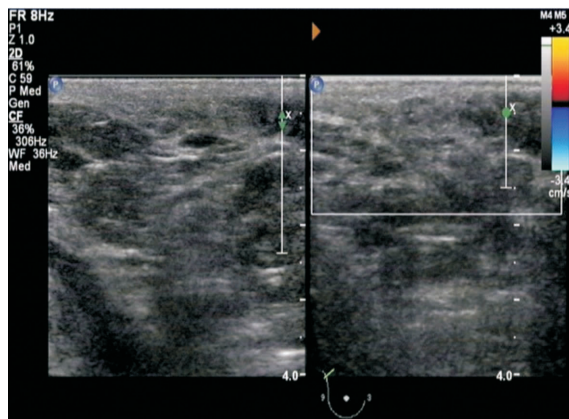
1.1 临床资料

199 例患者均为女性,年龄最大 69 岁,最小 16 岁,中位年龄 41 岁。求治原因以包块为主者 80 例,包块伴疼痛者 119 例;发生部位在腋前 136 例,腋窝 63 例;双侧同时发生 134 例,单侧 65 例。站立时腋窝、腋前浅部位呈半球状或不规则隆起,隆起范围 3 cm × 4 cm ~ 10 cm × 11 cm,隆起高度 1 ~ 4 cm 不等;在隆起组织内可扪及与皮肤分界不清、与深部分界清、质软或柔韧有触痛的肿块,即为副乳腺组织。术前彩色超声诊断(图 1,2)199 例,双乳钼靶摄片诊断(图 3)110 例。术后病理报告均证实为副乳腺腺病。



来自副乳腺的双侧腋下肿块

图 1 副乳腺超声图-A



超声见右腋下浅层局限性高回声区,似腺体组织,最厚处约 0.9 cm,未见明显肿块图像。

图 2 副乳腺超声图-B

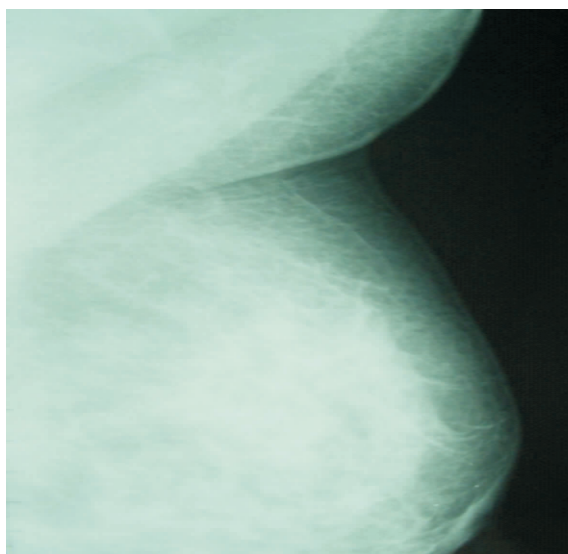


图 3 右腋前副乳腺组织钼靶摄片

1.2 手术方法

患者先取站立位或坐位,上臂下垂,确认副乳腺于胸前及下部的凸起范围,上臂平伸,确认副乳腺后部及上部的范围,用画线笔标出,之后取平卧位,双上肢外展 90°,采用静脉复合麻醉。切口选择如下:(1)皮纹切口适合于腋下副乳腺凸出皮面 2 cm 内或副乳腺部分腋下、部分腋前者;(2)梭形切口适合于腋下副乳腺凸出皮面 2 cm 以上、副乳腺皮肤已很松弛者;(3)胸大肌外侧缘切口适合于腋前副乳腺为主者。放下上肢,切口被掩于腋下,两端不外露。

沿切口标记线切开皮肤,游离皮瓣至标记副乳腺隆起范围,皮下厚度根据副乳腺是腺体还是脂肪,以及患者胖瘦而定,厚度范围在 0.2 ~ 1.2 cm,到边缘时采取楔形切除之,然后逐层缝合,用美容线皮内缝合,放皮片或硅球引流,用敷料填塞腋窝,胸带包扎或“8”字包扎。术后 2 ~ 7 d 拔除引流,手臂适当制动,2 周拆线。

2 结果

患者切口愈合良好,切口隐蔽,隆起外形消失,疼痛感觉完全消失。术后皮下积液 2 例,经穿刺抽吸,压迫包扎愈合,无腋血管神经损伤。随访 2 个月至 6 年,腋部疤痕纤细,外形满意(图 4 ~ 6)。

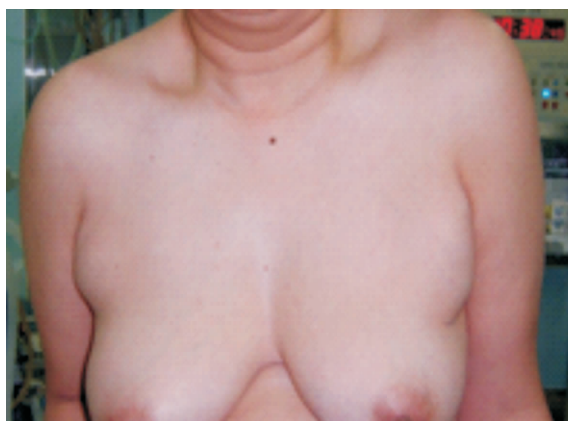


图 4 双腋前副乳腺腺病术前正面图



图 5 双腋前副乳腺腺病术后拆线时效果



图 6 双腋前副乳腺腺病术后 1 个月时正面图

3 讨论

文献报道妇女副乳腺的发生率为 1% ~ 6%, 男: 女为 1: 5^[1]。副乳腺可发生与乳腺部位相同的良性或恶性肿瘤, 而副乳腺的腺体是肿瘤发生的组织学基础。副乳腺属于废退器官, 对人体无功能, 且有癌变的可能, 故应早期手术切除^[2]。手术适应证为: (1) 副乳腺的良、恶性肿瘤; (2) 副乳腺在妊娠或哺乳期明显增大疼痛者; (3) 非妊娠哺乳期, 有明显的周期性胀痛, 服药治疗效果不佳者; (4) 副乳腺体积大, 影响外观者。另外, 有的腺体型副乳, 触之柔软, 多年无症状, 虽在妊娠哺乳期胀大疼痛, 但过后又萎缩, 疼痛消失或经服药治疗后效果较好, 可暂不手术。

传统腋前副乳腺手术, 通常取腋前线胸大肌外下缘纵行切口^[3]。该术式术后腋前可有明显的体表纵行疤痕, 切口疤痕与胸大肌筋膜粘连可使局部凹陷, 破坏流畅的腋前皱襞线, 影响外观美。部分患者疤痕增生挛缩可导致外展患侧上肢时有牵拉感。副乳腺中大部分病例与周围无明确界限。传统手术着眼于切除病灶, 术中保留皮下脂肪组织少, 处理副乳腺边缘无过渡区, 使术后局部凹陷, 有碍美观。

随着学者们对乳腺疾病研究的不断深入, 乳腺外科向着更人性化治疗的方向发展, 更为注重乳腺的美学价值^[4]。副乳腺手术切口设计的改进和术中注意事项如下: (1) 因副乳腺随体位变化而变化, 故术前一定要做标记。(2) 切口尽量沿皮纹方向且暗藏在腋毛内。若是腋前副乳腺, 也可做胸大肌外侧缘切口, 便于术中暴露和兼顾美观; 若副乳腺确实大, 凸出皮面 3 ~ 4 cm,

则需做顺皮纹方向的梭形切口,以切除过多的松弛皮肤。沿腋皮纹方向做切口,伤口分裂最小,愈合后疤痕不明显。(3)副乳腺与皮肤粘连,紧贴皮肤,则从皮下剥离;有些肥胖者,皮下脂肪多,需保留0.5~1 cm的脂肪厚度,切到周边时,应有坡度,呈锐角,防止出现局部凹凸畸形。(4)副乳腺切除勿需过深,勿需切除淋巴结,盲目深入则易误伤腋部血管神经。(5)术后腋部敷料填塞饱满,用碎纱布填塞,以免不平整,且加压包扎,让手臂下垂制动5~7 d,以免皮下积液。

改进后的手术方式较传统腋前纵切口有较多的优点,能使术后的疤痕隐蔽,疤痕增生不明显。副乳腺的切缘与乳房之间有良好的过渡区,保持了流畅的腋前皱襞线,腋前臃肿外形消失。本术式对于副乳腺疾病的治疗和保持女性的乳房美学效果起到积极作用,值得推广应用。

【关键词】 副乳腺; 乳腺腺病; 切口选择

【中图法分类号】 R655.8 **【文献标识码】** B

参考文献

- [1] 廖谦和. 副乳腺及其肿瘤 200 例临床病理分析. 临床与实验病理学杂志, 2003, 19: 246-248.
- [2] 马毅, 孟刚. 副乳腺肿瘤的诊断和治疗. 中国癌症杂志, 2000, 10: 540-541.
- [3] 李菊妹, 刘小舒, 张磊. 腋下切口行副乳腺、腋臭联合手术治疗. 中国美容整形外科杂志, 2007, 18: 282-283.
- [4] 纪光伟, 黄安, 吴峰, 等. 乳腺根治性活检术(附 22 例 26 次手术报告). 中华乳腺病杂志(电子版), 2007, 1: 61.

(收稿日期: 2007-12-10)

(本文编辑: 范林军)

张磊, 朱伟良, 杨澜. 腋部副乳腺整形切除 199 例体会[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2008, 2(3): 331-335.