

文章编号:1005-6947(2008)05-0513-02

· 临床报道 ·

## 手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤的体会

张英豪<sup>1</sup>, 林黎春<sup>2</sup>, 蒋宗刚<sup>1</sup>, 王梅丽<sup>1</sup>, 任仪<sup>3</sup>

(浙江省杭州市余杭妇幼保健医院 1. 乳腺外科 2. B超室, 浙江 杭州 311100; 2. 山西中西医结合医院 普通外科, 山西 太原 030013)

**摘要:**目的 探索一种治疗彻底、创伤少、瘢痕小、费用低的乳腺纤维瘤治疗方法。方法 回顾近3年来465例采用手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤患者的临床资料。结果 465例手术均最大限度争取行乳晕或腋窝皱褶或乳腺下方皱褶切口。切口均甲级愈合, 无明显瘢痕, 双乳对称, 外形功能无影响, 站立时切口不明显。结论 手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤是一种适合大部分乳腺纤维瘤患者的手术方法, 具有治疗彻底、创伤少、瘢痕小、费用低。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(5): 513-514]

**关键词:** 乳腺肿瘤/外科学; 纤维瘤, 乳腺; 美容切口

**中图分类号:** R 737.9

**文献标识码:** B

2005年1月—2007年12月笔者应用手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤465例, 取得了良好的效果, 现报道如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组皆为女性, 年龄17~58(平均39.7)岁, 触诊均可及肿块, 病程2d至11年不等, 术前经手法触诊、红外线检查, B超检查, 乳腺钼靶检查及乳腺肿物穿刺活组织检查, 均诊断为乳腺纤维瘤。术后皆经病理检查, 乳腺纤维瘤465例, 单侧395例, 双侧70例, 其中单侧多发89例, 肿块直径0.6~4.0cm不等。

**收稿日期:** 2008-02-20; **修订日期:** 2008-05-10。

**作者简介:** 张英豪, 男, 杭州市余杭妇幼保健医院副主任医师, 主要从事乳腺疾病方面的研究。

**通讯作者:** 张英豪 E-mail: 565067083@qq.com。

阴性, 病理学检查不能仅满足于快速冷冻的组织学检查, 并应将免疫组织化学或其他快速分子生物学测定方法尽快用于临床。总之, 外科与病理科、肿瘤内科、放疗科等多科室间的合作在保乳术中显得尤为与迫切<sup>[8]</sup>。

孟洁等<sup>[9]</sup>发现手术切缘癌残留阳性与标本残留癌范围和标本体积相关, 在切缘癌残留阳性组和阴性组中肿瘤大小存在差异。本研究建立了彩色超声导航下的乳腺癌体内标记, 为准确的癌块边缘切除提供了有效的实施方法。该技术准确性高, 误差小, 丰富了乳腺癌保乳术中肿块扩大切除术的内容, 为今后乳腺癌保乳术的循证医学研究提供了资料。

#### 参考文献:

- [1] Staradub VL, Hsieh, Clanson, *et al.* Factors that influence surgical choices in women with breast carcinoma [J]. *Cancer*, 2002, 95 (6): 1185-1190.
- [2] Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer [J]. *N Engl*

- Med*, 2002, 347 (16): 1227-1232.
- [3] 李华斌, 李晓娟, 朱晓谦, 等. 乳腺癌诊治发展的趋势 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (11): 1099-1101.
- [4] Freedman G, Fowble B, Hanlon A, *et al.* Patient with early stage invasive cancer with close or positive margins treated with conservation surgery and radiation have an increased risk of breast recurrence that is delayed by adjuvant systemic therapy [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1999, 44 (5): 1005.
- [5] Guameri V, Conte PR. The curability of breast cancer and treatment of advanced disease [J]. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 2004, 31 (1): 149-161.
- [6] 黄海林, 王为民, 蔡清萍, 等. 早期乳腺癌保乳手术探讨 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15 (4): 241-243.
- [7] 洪坚善, 杨建荣, 张传琨, 等. 乳腺癌保乳术的治疗及预后 [J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14 (9): 664-666.
- [8] 刘红光, 齐海智, 康颖. 乳腺导管原位癌的保乳手术疗效分析 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (11): 1085-1087.
- [9] 孟洁, 宁连胜. 乳腺癌保乳手术切缘癌残留阳性的相关因素探讨 [J]. *实用癌症杂志*, 2004, 19 (5): 504-506.

## 1.2 切口选择和手术方法

根据乳腺肿瘤位置选择切口,肿瘤离乳晕边缘小于4 cm者,选乳晕边缘切口;肿瘤离乳晕边缘大于等于4 cm者,位于乳腺外上、外下象限者选用腋窝切口,位于乳腺内下、外下象限者乳腺下方形成皱褶者选用乳腺下方皱褶切口,肿瘤位于乳腺内上象限者选乳晕边缘切口。手术时助手用手法张力推动肿瘤尽可能推到切口下,沿乳晕或腋窝皱褶或乳腺下方皱褶切开皮肤及皮下组织,沿乳腺包膜潜行剥离,剥离范围超出瘤体0.5~1.5 cm,拉开皮肤,显露瘤体位置,用1号丝线缝合瘤体两侧乳腺组织并牵引,在瘤体表面放射状切开乳腺组织直到瘤体包膜,用7号丝线贯穿缝合瘤体并牵引,用组织剪沿瘤体包膜分离切除肿瘤,仔细用电刀止血,不放引流,加压包扎。

## 2 结果

465例患者手术中均能成功实施乳晕或腋窝皱褶或乳腺下方皱褶切口。465例切口甲级愈合。术后门诊随访3个月至3年,均行1次B超复查,无明显瘢痕,双乳对称,外形功能无影响,站立时切口不明显,无肿瘤残留。

## 3 讨论

乳腺纤维瘤是乳腺疾病中最常见的良性肿瘤,约占乳腺肿瘤的32.78%<sup>[1]</sup>。手术后瘢痕对女性心理的影响一直是困扰外科学界的一大难题。尽管麦默通微创旋切技术的应用符合女性对美容的要求,但因费用高等原因,不能广泛地推广,并且该微创旋切技术一般只用于单发乳腺纤维瘤,对多发乳腺纤维瘤仍需多个切口,对乳腺的美容影响较大。所以探索一种治疗彻底、创伤少、瘢痕小的乳腺纤维瘤治疗方法具有重要临床价值。

手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤的优点在

于切口位于乳晕和乳房皮肤交界处,切口整齐,呈弧形,无张力,因而对合好,乳晕色深,术后切口一般无明显瘢痕;同时由于腋窝和乳腺下方皱褶处隐蔽,即使有切口,瘢痕也在隐蔽部位,对女性心理的影响较小,而且手术费用与传统手术一样,操作简单,不需要特殊设备,便于在各级医院开展。

本术式切口的选择主要是根据肿瘤位置。本组病例中肿瘤离乳晕边缘小于4 cm者,选乳晕边缘切口;肿瘤离乳晕边缘大于等于4 cm者,位于乳腺外上、外下象限的选用腋窝切口;位于乳腺内下、外下象限且乳腺下方形成皱褶的选用乳腺下方皱褶切口;肿瘤位于乳腺内上象限者一般选乳晕边缘切口;对乳腺皮肤较紧无明显下垂者行乳晕边缘切口,也可切除距乳晕边缘4~5 cm的肿瘤。值得注意的是,乳晕切口不能超过乳晕周径的三分之一,否则就有乳晕皮肤坏死的可能。对于肿瘤过大即大于5 cm的患者切口必须超过乳晕周径的三分之一,故一般不应选乳晕边缘切口。总的来说,以上只是一般原则,术中一定要手法张力性推移肿瘤各个方向,将其远点连线范围内作为切口选择,根据美观选择最佳切口,以达到满意效果。

本手术方法也有其缺点,肿瘤位于乳腺内上象限距离乳晕边缘较远和乳腺皮肤较紧无明显下垂者即半球形乳腺,或者肿瘤过大不能行乳晕边缘切口者,则需要行传统的放射状切口。术后仍有瘢痕形成,对此类患者可考虑行小针刀疗法和高强度聚焦超治疗,无术后瘢痕的影响,但难以完整清除病灶。

### 参考文献:

- [1] 张传芳,吴翠环,张帆. 乳腺肿块中不同乳腺疾病的发病率探讨[J]. 中华综合临床医学杂志,2004,6(1):18-20.