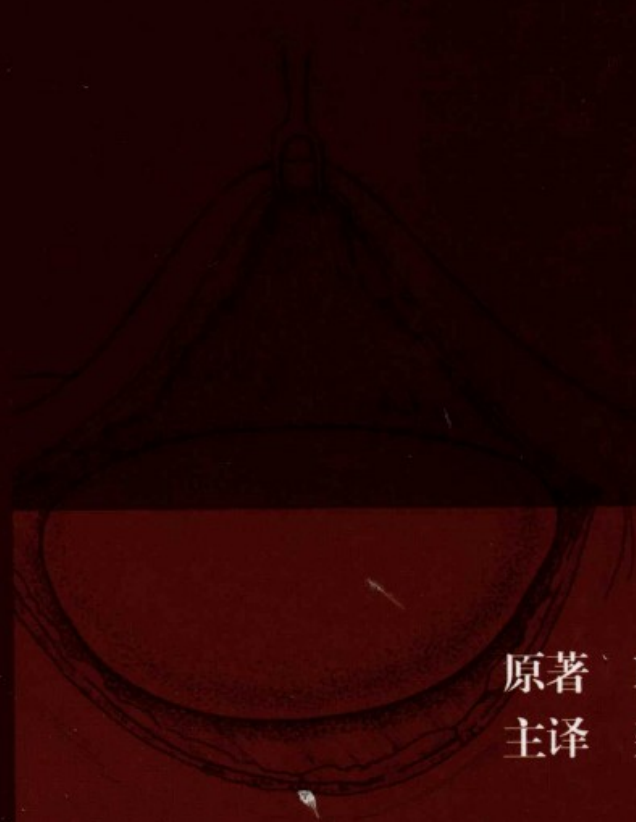


乳房再次整形手术学

Reoperative Plastic Surgery
of the Breast



原著 Kenneth C. Shestak
主译 栾 杰

 人民卫生出版社

乳房再次整形手术学

Reoperative Plastic Surgery of the Breast

原 著 Kenneth C. Shestak

主 译 栾 杰

人 民 卫 生 出 版 社

乳房再次整形手术学
PDG

Reoperative Plastic Surgery of the Breast
By Kenneth C. Shestak, MD

Copyright © 2006 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS

Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, U. S. A.

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U. S. government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

乳房再次整形手术学

栾杰 主译

中文版权归人民卫生出版社所有。

敬告

本书的作者、译者及出版者已尽力使书中的知识符合出版当时国内普遍接受的标准。但医学在不断地发展,随着科学研究的不断探索,各种诊断分析程序和临床治疗方案以及药物使用方法都在不断更新。强烈建议读者在使用本书涉及的诊疗仪器或药物时,认真研读使用说明,尤其对于新的产品更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的故事与损失负责。

需要特别声明的是,本书中提及的一些产品名称(包括注册的专利产品)仅仅是叙述的需要,并不代表作者推荐或倾向于使用这些产品;而对于那些未提及的产品,也仅仅是因为限于篇幅不能一一列举。

本着忠实于原著的精神,译者在翻译时尽量不对原著内容做删节。然而由于著者所在国与我国的国情不同,因此一些问题的处理原则与方法,尤其是涉及宗教信仰、民族政策、伦理道德或法律法规时,仅供读者了解,不能作为法律依据。读者在遇到实际问题时应根据国内相关法律法规和医疗标准进行适当处理。

图书在版编目(CIP)数据

乳房再次整形手术学/栾杰主译. —北京:人民卫生出版社, 2008. 11

ISBN 978 - 7 - 117 - 10402 - 9

I. 乳… II. 栾… III. 乳房 - 整形外科学 IV. R655. 8

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 100950 号

图字: 01-2006-5488

乳房再次整形手术学

主 译: 栾 杰

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph@pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889 × 1194 1/16 印张: 26. 75

字 数: 1138 千字

版 次: 2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 10402 - 9/R · 10403

定 价: 186. 00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

译者序

当我第一次聆听乳房再造大师 William Shaw 的讲演时，深深地为其精湛的技艺所折服。然而，当我得知每一例完美的乳房再造都需要历经数次修整手术时，不由得为之惊叹。直到自己在临床实践中无数次看到修整手术给患者带来的效果上的改观之后，才对再次修整手术的重要意义有了更深刻的认识。

对于乳房再造这样的手术，再次修整手术是达到理想效果所必需的，或者说再次手术本身就是治疗过程的一部分，应当从一开始就纳入手术计划，且必须向患者说明。尽管对患者说明这一点有可能会动摇患者接受手术的决心，但对于达到完美的手术效果却是不可回避的过程。

而对于像隆乳术这样的美容手术来说，再次手术却是应该极力避免的。近年来，来自各地要求进行再次手术修整的乳房整形手术患者逐年增多，有些病例处理起来十分棘手。再次修整手术面临着更大的风险、更大的困难，而改观却可能很小。有时为了避免出现血运障碍等问题，每次只能改动很小一部分。国内有关这方面的研究甚少，临床经验也不多。本书所介绍的一些基本原则和技巧对于提高我国乳房整形外科再次修整手术的水平无疑是不可或缺的好教材。

尽管是针对二次修整手术，书中所提出的理念与原则同样适用于第一次手术。书中列举了大量一次手术后效果不佳的病例，或许会对于我们制定手术方案以及术中的每个细节有所警示。弄清其产生的原因十分有益于我们在第一次手术中避免此类问题的发生，减少再次手术的可能性和不必要的医患纠纷。

原书存在部分排版错误，在翻译时予以纠正。但对于书中可能与理解有关的前后矛盾或不一致的地方，为保证翻译的忠实性和准确性，仍按原文翻译。个别地方以译者注明，以便于读者与原文对照。对于习惯上的差异，多采用国内惯用的说法；国内没有对应的专业词汇，则采用有利于读者理解的方式加以表述。限于译者水平有限以及时间紧迫，恳请读者对翻译不当之处提出宝贵意见，以便在再版时予以纠正。

栾杰

2008年6月8日

于北京中国医学科学院整形外科医院

计量单位换算表

本书为反映其英文原版之风格，并且避免反复换算带来不必要的计算错误，保留了部分英制计量单位。鉴于我国推广使用法定计量单位之要求，现将这些单位与法定计量单位的换算关系列表如下。本表仅供参考。

英制单位 (符号)	法定计量单位 (符号)	换算关系
埃 (Å)	米 (m)	$1 \text{ Å} = 10^{-10} \text{ m}$
盎司 (常衡) (oz)	克 (g)	$1 \text{ oz} = 28.35 \text{ g}$
盎司 (药衡) (oz)	克 (g)	$1 \text{ oz} = 31.10 \text{ g}$
盎司 (美液) (oz)	升 (L)	$1 \text{ oz} = 0.02957 \text{ L}$
盎司 (英液) (oz)	升 (L)	$1 \text{ oz} = 0.02841 \text{ L}$
磅 (lb)	克 (g)	$1 \text{ lb} = 453.59 \text{ g}$
标准大气压 (atm)	帕 (Pa)	$1 \text{ atm} = 101325 \text{ Pa}$
达因 (dyn)	牛 (N)	$1 \text{ dyn} = 10^{-5} \text{ N}$
打兰 (美液) (dr)	升 (L)	$1 \text{ dr} = 0.0037 \text{ L}$
打兰 (英液) (dr)	升 (L)	$1 \text{ dr} = 0.00355 \text{ L}$
当量 (Eq)	摩尔 (mol)	$1 \text{ Eq} = 1 \text{ mol}$ (1 价离子)
当量 (Eq)	摩尔 (mol)	$1 \text{ Eq} = 0.5 \text{ mol}$ (2 价离子)
当量 (Eq)	摩尔 (mol)	$1 \text{ Eq} = 1/3 \text{ mol}$ (3 价离子)
尔格 (erg)	焦 (J)	$1 \text{ erg} = 10^{-7} \text{ J}$
辐透 (ph)	勒 (lx)	$1 \text{ ph} = 10^4 \text{ lx}$
格令 (gr)	克 (g)	$1 \text{ gr} = 0.064799 \text{ g}$
毫米汞柱 (mmHg)	帕 (Pa)	$1 \text{ mmHg} = 133.322 \text{ Pa}$
华氏度 (°F)	开/摄氏度 (K/°C)	$1 \text{ °F} = 5/9 \text{ K (°C)}^*$
加仑 (美) (gal)	升 (L)	$1 \text{ gal} = 3.785 \text{ L}$
加仑 (英) (gal)	升 (L)	$1 \text{ gal} = 4.546 \text{ L}$
居里 (Ci)	贝可 (Bp)	$1 \text{ Ci} = 3.7 \times 10^{10} \text{ Bp}$
卡 (Cal)	焦 (J)	$1 \text{ Cal} = 4.18 \text{ J}$
夸特 (qr)	千克 (kg)	$1 \text{ qr} = 12.70 \text{ kg}$
夸脱 (美) (qt)	升 (L)	$1 \text{ qt} = 0.946 \text{ L}$
夸脱 (英) (qt)	升 (L)	$1 \text{ qt} = 1.137 \text{ L}$
拉德 (rad)	戈 (Gy)	$1 \text{ rad} = 10^{-2} \text{ Gy}$
雷姆 (rem)	希 (Sv)	$1 \text{ rem} = 10^{-2} \text{ Sv}$
厘米水柱 (cmH ₂ O)	帕 (Pa)	$1 \text{ cmH}_2\text{O} = 98 \text{ Pa}$
哩 (mi)	米 (m)	$1 \text{ mi} = 1609 \text{ m}$
伦琴 (R)	库每千克 (C/kg)	$1 \text{ R} = 2.58 \times 10^{-4} \text{ C/kg}$
码 (yd)	米 (m)	$1 \text{ yd} = 0.914 \text{ m}$
品脱 (美) (pt)	升 (L)	$1 \text{ pt} = 0.473 \text{ L}$
品脱 (英) (pt)	升 (L)	$1 \text{ pt} = 0.568 \text{ L}$
蒲式耳 (美) (bu)	升 (L)	$1 \text{ bu} = 35.24 \text{ L}$
蒲式耳 (英) (bu)	升 (L)	$1 \text{ bu} = 36.37 \text{ L}$
英尺 (ft)	米 (m)	$1 \text{ ft} = 0.3048 \text{ m}$
英寸 (in)	米 (m)	$1 \text{ in} = 0.0254 \text{ m}$

* 此为温差度量的换算。对于温度而言可按下式换算：摄氏度 = 5/9 (华氏度 - 32)。

目 录

第1章 简介：乳房再次整形手术、患者选择及知情

同意	1
患者与整形外科医生	1
患者的期望	2
患者的教育	2
不做手术的决定	3
同意手术的决定	3
手术时机	3
影像资料	3
知情同意	4
医疗事故的范围	4
最大限度地降低医疗事故发生的风险	4
获得知情同意	4
患者的文件资料——咨询内容及手术记录	5
乳房手术与诉讼特点	5
结论	6
参考文献	6
附录1：隆乳术后乳房修整术手术同意书	7
附录2：应用假体乳房再造术的手术同意书	8
附录3：单侧或双侧乳房上提术后修整术的手术同意书	9
附录4：隆乳术并乳房上提术后修整术的手术同意书	10
附录5：应用 TRAM 皮瓣乳房再造术后修整术的手术同意书	11
附录6：乳房缩小术后修整术的手术同意书	12

第2章 未手术乳房与再次修整手术乳房的美学问题

乳房的发育和解剖学位置	13
乳房美学的决定因素	14
乳房体积和被覆皮肤	14
乳头乳晕复合体	17
乳房应用美学	17
乳房支持结构	19
Cooper 韧带	19
皮肤	20
乳房下皱襞	21
体型与乳房美学	25
胸廓和脊柱的骨性解剖特点	26
乳房的视觉效果	26
对称性	28
乳头乳晕复合体	30
乳房视觉美学小结	30
视觉效果对乳房修整手术的影响，或者说“这张照片上的问题是什么？”	30

既往乳房手术后重要的临床与解剖学变化

皮肤弹性降低	31
被覆皮肤的不对称	31
皮肤瘢痕	31
瘢痕增生	32
轮廓的异常	36
既往的乳房假体置入手术	38
假体包膜手术	38
假体置入对乳腺组织以及乳头乳晕复合体血供的影响	38
乳房修整手术中需要优先考虑的美学问题	39
轮廓——大小和形态问题	40
皮肤坏死继发的瘢痕扩大	43
体积	44
乳头乳晕复合体	47
乳房体积不对称和乳头位置的联合畸形	48
乳房轮廓、体积和乳头位置的不对称	49
体积、凸度和轮廓不足的综合畸形	49
轮廓、形态、位置和体积不足	49
参考文献	53

第3章 效果不满意的隆乳术的修整

隆乳术后再次修整的手术范围	56
初次隆乳术入门——患者的评价和手术方案的决定	56
假体的选择	59
假体的位置	61
切口的选择	63
乳晕下缘切口	63
腋窝切口	64
手术设计和技巧	65
腔穴的分离	66
乳房后间隙假体腔穴的分离	67
胸大肌后间隙假体腔穴的分离	67
术后处理	68
术后随访	69
隆乳术后修整术患者的病史与体格检查	69
隆乳术的并发症	71
早期并发症	72
血肿形成	72
血清肿	75
感染	75
切口裂开	78
Mondor 病	78
腋静脉的血栓性静脉炎	78

与术前计划不周和手术操作不当相关的问题	78	假体取出术后行自体组织转移填充	149
假体过小——患者希望更大的体积	80	前次隆乳术后自体组织填充	149
尽可能减少为改变大小而做的再次手术	82	应用自体组织转移修复不佳的假体乳房再造	149
减少隆乳术后乳房的体积	83	参考文献	152
双侧乳房不对称	83	第5章 乳房缩小整形术和乳房上提固定术后的修整	153
乳房体积双侧不对称	84	应用解剖	154
多因素的乳房不对称——乳房体积、位置以及乳头乳晕的位置和倾角	84	术前检查	155
乳房体积与胸壁旋转畸形合并导致的术前乳房不对称	84	乳房缩小整形的再次修整概述	156
乳房下皱襞不对称	86	乳房缩小整形术并发症	157
假体异位	91	血肿	157
假体过高	96	皮瓣血运障碍和皮肤坏死	159
假体过低	97	血清肿	159
由于假体体积不足以及下方异位所致的乳房上极不丰满	97	切口裂开和开放性创面形成	159
假体过低——明显下方异位	97	蜂窝织炎	162
假体明显下方异位	102	蜂窝织炎反复发作	162
假体太偏外	106	乳头乳晕血运障碍	163
内侧异位	109	远期并发症	164
“双泡形”乳房畸形	111	猫耳	164
“双泡形”乳房畸形的治疗	111	瘢痕增生或扩展的增生性瘢痕致外形欠佳	165
波纹、皱纹、皱褶和触及假体边缘	111	瘢痕切除和伤口二次缝合	165
该问题的病因	111	脂肪坏死	167
该问题的发生率	113	两侧乳房不对称	167
尽量减少皮肤皱纹	113	两侧体积大小不一	167
手术治疗皮肤波纹、皱纹及皱褶	113	乳头乳晕不对称	170
包膜挛缩	114	乳头回缩	173
早期包膜挛缩	115	乳头异位	173
已形成的包膜挛缩	117	乳头位置过低	177
关于包膜挛缩的总结	118	乳房缩小整形术后出现的具有挑战性的问题	177
假体失效——破裂或渗漏	118	乳头坏死	177
参考文献	120	大量脂肪坏死	181
附录1: 手术及麻醉同意书	122	乳房组织切除过多或乳房欠饱满	181
第4章 乳房假体完整性的评估及取出方案和技巧	123	再次乳房缩小整形术	183
诊断方法	123	乳房上提固定术后再次修整	183
查体	123	参考文献	196
乳房假体的影像学诊断	124	第6章 假体置入乳房再造术后的修整	199
取出乳房假体的指征	128	术前评估	200
乳房假体破裂	129	选择恰当的植入物	202
乳房假体破裂的处理	129	从手术之初即考虑到最终效果	203
假体包膜的处理	129	术前患者评估	203
包膜切除术的手术技巧	133	假体置入乳房再造术的不利因素	205
包膜切除术小结	133	应用低高型组织扩张器的第一期乳房再造	207
假体取出后的治疗	133	组织扩张器置入技术——即刻乳房再造	209
单纯假体取出术	134	组织扩张器置入技术——二期乳房再造	213
假体取出同时置入新假体	135	组织扩张器和假体置入术后早期并发症	213
假体取出术同时行乳房上提固定术	142	血肿	213
假体取出术后行隆乳术和乳房上提固定术	147	血清肿	214
		感染	215
		皮肤坏死	215
		扩张器移位	221

扩张器重新置入以修整不佳的假体再造——		被覆皮肤	285
改变扩张器直径调整包膜腔隙	225	即刻乳房再造原有乳房皮瓣的坏死	286
第二期术中调整,或假体置换术中调整	225	TRAM 皮瓣即刻乳房再造后皮肤坏死	287
扩张器或假体的向上移位	227	TRAM 皮瓣即刻乳房再造后皮肤坏死的修复	287
扩张器或假体位置过低	228	TRAM 皮瓣乳房再造后开放性创面的早期	
提高乳房下皱襞——包膜缝合技术	228	清创	291
提升乳房下皱襞——局部包膜切开缝合技术		血肿	295
(包膜边对边的缝合)	228	感染	295
形成更确切的乳房下皱襞	231	血清肿	298
乳房假体向上异位——下胸壁脂肪组织肥厚		早期脂肪坏死	300
患者的处理	234	皮肤坏死合并皮下脂肪坏死	301
乳房假体外侧异位	235	TRAM 皮瓣修复-体积过大	301
乳房假体内侧异位	235	以切除法缩小皮瓣体积	304
假体乳房再造术后乳房凸度的增加	237	邻接部位的塑形	304
皱褶	238	通过腹直肌切除来矫正乳房内下方膨隆	308
假体乳房再造术后皱褶——包膜腔与假体不		组织量不足-估计下腹部可用的组织量	308
匹配	241	组织量不足	312
假体渗漏	243	应用假体弥补 TRAM 皮瓣的缺损	314
硅凝胶假体乳房再造术后假体破裂	243	以组织扩张后置入假体的分期乳房再造补救	
伴有乳房畸形的假体异位、进行性包膜挛缩、		TRAM 皮瓣	315
假体固定、组织量不足——改用自体组织		乳房的美容单位——皮瓣上皮肤和瘢痕的重	
处理	243	要性	317
包膜挛缩,一个棘手的和尚未解决的问题——		皮肤罩差异	321
一些想法和可能的治疗方案	245	缩小皮瓣上的皮肤面积	321
放疗引发的包膜挛缩——应用背阔肌肌皮瓣		用切除的方式调整皮肤罩和体积	323
自体组织修复	245	乳房下皱襞不对称	323
改用自体组织治疗进行性包膜挛缩——假体		乳房下皱襞过高	323
取出、包膜切除、TRAM 皮瓣乳房再造	247	乳房下皱襞过低	326
结束步骤	249	TRAM 皮瓣乳房再造后形态缺陷的处理——体	
参考文献	250	积错位	330
第 7 章 TRAM 皮瓣乳房再造术后并发症的预防与		TRAM 皮瓣乳房再造后皮瓣凸度的增加	330
技巧	253	应用垂直切口乳房整形技术增加 TRAM 皮瓣	
TRAM 皮瓣术式的选择	255	的凸度	330
TRAM 皮瓣乳房再造患者的选择	257	利用邻近组织增大 TRAM 皮瓣体积	334
对侧乳房的美学评估	258	多种手段联合应用修复再造乳房的缺陷	336
再造乳房的塑形——嵌入皮瓣	270	通过重新分布 TRAM 皮瓣的组织来修复乳房	
TRAM 皮瓣乳房再造中的乳房下皱襞	274	形态的缺陷	337
TRAM 皮瓣乳房再造中的皮肤被覆	276	内部翻转的脂肪瓣	337
即刻乳房再造——乳房皮肤的保留	276	通过转移皮瓣肌肉蒂的方法用邻近组织弥补	
保留皮肤的乳房切除术的切口	279	再造乳房形态的缺陷	337
二期乳房再造中的皮肤覆盖	279	利用自体脂肪移植修复外形凹陷	337
皮肤罩的缩小	280	脂肪坏死	340
皮瓣的最后检查	281	TRAM 皮瓣乳房再造后的皮瓣坏死	340
关闭腹部供区	281	TRAM 皮瓣的供区并发症	348
参考文献	283	参考文献	352
推荐读物	284	第 9 章 局部乳腺肿瘤切除术和放疗后的再次修复	
第 8 章 不佳的 TRAM 皮瓣的修整和补救	285	手术	355
TRAM 皮瓣乳房再造的并发症	285	局部肿瘤切除术后缺损的整形外科修复	359
TRAM 皮瓣乳房再造的早期并发症	285	全乳腺切除术后乳房再造	359
		局部肿瘤切除术后缺损	359

局部肿瘤切除术后遗留的瘢痕	362
局部肿瘤切除术与放疗后两侧乳房不对称	362
微小轮廓缺陷的矫正-组织移植	362
自体脂肪移植矫正乳房外形不满意	362
对非放疗患者联合采用真皮脂肪移植和自体脂肪注射修复较大缺损	365
局部肿瘤切除术加放疗术后的畸形	365
应用假体修复乳房形态异常	368
局部肿瘤切除与放疗后对侧乳房的修整	370
局部肿瘤切除术与放疗后同时修整双侧乳房	370
局部肿瘤切除术后肿瘤整形外科治疗	374
用皮瓣修复局部肿瘤切除术后缺损	374
自体组织修复部分乳腺切除术后缺损	379
结论	383
参考文献	383

第10章 乳头乳晕再造术后的修整	385
乳头再造方法的选择	388
乳头再造的常见问题	390

初次手术应避免的问题——术前计划及标记	390
手术方法	390
疑难病例的术前计划	396
乳头再造的方法	396
改良的星形皮瓣	396
冰靴形皮瓣	397
双叶形皮瓣	398
效果欠佳的再造乳头的修整和补救	398
乳头凸度部分或全部丧失	398
利用乳晕对偶推进皮瓣重新再造乳头	406
应用脱细胞异体真皮重新再造乳头	406
乳头位置不当	411
乳头倾角不当	411
文刺术带来的问题	412
乳房缩小或上提术后乳头缺失	412
参考文献	414

索引	417
----	-----

简介：乳房再次整形手术、患者选择及知情同意

患者与整形外科医生	1
患者的期望	2
患者的教育	2
不做手术的决定	3
同意手术的决定	3
手术时机	3
影像资料	3
知情同意	4
医疗事故的范围	4
最大限度地降低医疗事故发生的风险	4
获得知情同意	4
患者的文件资料——咨询内容及手术记录	5

乳房手术与诉讼特点	5
结论	6
参考文献	6
附录 1：隆乳术后乳房修整术手术同意书	7
附录 2：应用假体乳房再造术的手术同意书	8
附录 3：单侧或双侧乳房上提术后修整术的手术同意书	9
附录 4：隆乳术并乳房上提术后修整术的手术同意书	10
附录 5：应用 TRAM 皮瓣乳房再造术后修整术的手术同意书	11
附录 6：乳房缩小术后修整术的手术同意书	12

本书是数名整形外科医生 20 年临床经验的成果，包含了他们处理乳房问题，尤其是经历过一次手术未达到预期效果的乳房整形的心得。在以下的章节中，我所讲述的是关于乳房手术不同领域的基本概念，这并非是教条，而是本人针对乳房手术以及如何达到手术目的的一些思考。

读者将会在许多章节中看到关于乳房第一次手术的大量解释，这是因为术前分析和计划实际上对所有整形外科手术来说都是极为重要的。通过对如何估计和判断乳房各种第一次手术的分析情况，我将说明最大限度降低再次手术发生率的方法。

本书绝大部分篇幅用于讲述乳房前一次手术所遇见的许多问题，这些问题是每一个整形外科医生在其乳房整形临床实践中不能回避的。我愿意与读者共同分享我的经验，希望这些经验能够对读者的临床实践有所帮助。

患者与整形外科医生

人体每一个部位的再次整形手术较第一次手术相比，难度更大，术后效果不满意的风险更高，同时也具有更强烈的挑战性。然而，作为整形外科医生，我们深知满意的手术效果有赖于手术时机的合理选择、周密妥善的手术计划、精确而富有预见性的手术操作。

若要再次手术取得尽可能完美的术后效果，整形外科医生与患者都必须做好充分的准备。这对于整形外科医生而言，意味着明确诊断、掌握重要的解剖细节、制定圆满的手术方案以及对患者进行充分的告知。医生必须确定患者已经为乳房的再次手术在身体和心理上做好了准备。

整形外科医生与患者保持沟通是很重要的。在交流过程中，医生要重点向每一位患者表达自己的关心和同情，让她清楚：作为医生，我们真心希望能够帮助她们解决困难。这其中最核心的内容是，医生要充分理解患者对前一次手术的失望以及这一次手术的动机和目标。医生需要花费相当多的时间与患者就其目前的困难进行坦诚而简单易懂的交谈，从而在彼此之间建立良好的医患关系——这一点十分关键。良好的医患关系会为手术的成功打下坚实的基础；若手术后因手术效果不佳或并发症而发生纠纷时，这样的关系也会有助于解决医患矛盾。

如果预见到手术难度很大时，整形外科医生应该表现出乐观向上、通情达理的态度，而且要对手术充满信心。实践证明，与患者真诚而又针对性的交谈常常会有助于树立医生良好的形象。医生首先应该做到的是对患者诚实有信，同时对于患者的需求有职业敏感性。

医患之间真诚的交流对于再次手术是至关重要的。医生要重视向患者分析自身的状况，帮助患者对再次手术建立合

理的期望。医生必须花费相当长的时间与患者交流,树立患者对自己的信赖。花时间与患者如实地交谈是值得的,因为这种付出可以在治疗过程中、同时也会在以后很长时期得到巨大的回报。

对整形外科医生来说,尽可能收集前次手术的信息非常关键。这些信息可以来自患者,然而更加详细而确切的信息会来自以前的病历、手术记录,或来自同前次手术医生的交流。这些信息通常对于制定本次手术方案极为有益。从这一点来说,医生要尽量争取让患者允许自己与前次的手术医生取得联系。例如在处置接受过乳房上提术或乳房缩小术的患者时,明确前次手术所保留的蒂部的走向是极其重要的。又例如在处置所有接受过隆乳术的患者时,都必须清楚所置入假体的体积、位置和类型。

要求患者提供以前的病历资料,可以有助于详细了解患者的病情。文字性的材料会为制定治疗方案提供方便。若对前一次治疗过程不甚清楚,我会征得患者同意后直接与其手术医生联系。

在上述原则中,获得患者对前一次手术医生的看法,对于整形外科医生来说是非常重要的。有时,前一次手术显然设计和操作的很好,仅需要做一些小的修整。在这种情况下,尤其是我个人认为进行前一次手术的医生能力很强时,我往往会鼓励患者与他进一步联系。当然,最终还是患者自己决定是否由原来的医生继续进行治疗。

如果患者对前一次施行手术的医生评价很低,那么你在决定是否给该患者继续诊治时要格外慎重。尤其是前一次的手术效果尚可、但患者却很不满意时更是如此。此类患者非常具有代表性,无论怎样的手术效果都很难使她满意,如果你决定给她再次手术,那么你可能成为她所要批评的下一位医生。

乳房在每一位女性的一生中都占据着重要的地位,它在极大程度上影响着个人的体像及其女性魅力。每位患者对自己乳房的心理投入是不同的。作为最初的评价,外科医生必须明确患者已经进行过几次外科手术,以及其中哪些是选择性的。既往曾经进行过多次美容手术往往暗示患者体像不佳,而且未从外科手术中得到自己所期望的结果。

初次就诊后即可决定进行修整手术,但多数情况下是在第二次咨询后做出决定。然而,对于复杂的病例,在决定手术前多看患者是有益的。这样可以使医生澄清手术方案的细节(例如向患者大概说明预定的切口和假体的位置),对手术目标、预期的康复时间、潜在的风险和并发症进行仔细的分析。更重要的是,这样可以使医生确定患者和医生在手术目标、预期的结果以及再次手术的限制方面能够有一致的认识。额外的手术咨询是免费的。

如前文所提到的,要在整形外科手术的每个领域获得持续的成功,必须具备对患者的主要目标和主诉的理解、对患者的解剖特点和问题的仔细分析及高度个性化的手术方案和连贯一致的手术技巧。

对于复杂的病例或是已接受过多次手术的患者,手术的关键之一是对手术存在问题有全面的理解,同时还需要对实现改善的手术方法进行深入思考。只有在完成仔细全面的询问病史和系统的体格检查之后,才有可能做到这一步。要同

患者及其至少一位支持者(配偶、亲戚或密友)详细讨论已制定的方案,在讨论过程中要尽可能全面清晰地说明再次手术有可能带来的潜在风险。我发现对于患者来说,身边有位支持者是是很重要的。这个人会帮助患者澄清细节和再次手术可能出现的并发症。只有当我确定患者充分理解手术风险并且在心理上和生理上都为手术准备充分后,才考虑为她进行手术。

患者的期望

期望通过外科手术最终达到怎样的效果,希望自己的乳房外形在手术后如何改变,对于这一点,患者本身最具有发言权。我将这一责任赋予患者本人,让她以自己 and 医生都能够理解的方式准确描述她的目标。我经常会请患者站在一面全身高的镜子面前,并在乳房上精确指出她所关注的地方。

作为医生,了解患者对自己乳房的尺寸、外形以及既往留下的瘢痕是非常重要的。同时,医生必须理解患者对于在乳房上即将增加的附加切口的长度和位置的关注,因为通常需要附加切口使乳房获得所需的改变。医生应认真发现和了解患者对乳房对称性的感受,因为不对称是要求再次手术的常见原因。如果必须采用皮瓣来使其乳房达到最佳的外观效果和对称性的话,病人是否愿意接受放置假体或在乳房之外的部位增加新的瘢痕?

对于再次手术能够解决哪些问题,而哪些问题不可能通过手术解决,患者的期望必须现实。例如许多患者要求我消除原来留下的手术瘢痕,或者要求在复杂的假体手术后消除再次形成包膜挛缩的可能性。还有一个例子,患者因为选择了与其身材不相称的过大尺寸的假体而造成乳房外形不满意,竟然要求再次手术更换尺寸更大的假体。通常,患者不会理解由于组织有限的弹性以及瘢痕组织的存在给手术带来的制约,她们也不会理解每一例乳房上提手术后,必然会再次复发乳房下垂。患者的判断往往来自于对可能出现结果的不充分的理解以及对手术的有限认识。真正可行的、现实的期望来源于对外科手术的进一步理解。从我的实践经验看,这种期望只能来源于整形外科医生及其训练有素的团队对患者的教育。

患者的教育

对患者进行教育实际上是医生所要完成的工作中的重要部分。与完成一个精确计划的手术不同,这种教育大概算是整形外科医生训练的最重要的部分。

我们生活在信息极度丰富的时代,许多出版物及互联网上都有无可限量的各种信息。通常意义上讲,这是一件好事,但同时也有负面作用。网络上各种有关乳房再造整形外科的信息,可以给患者提供乳房美容及再造手术的相关背景资料。但这些资料往往是不完整的或是非专业的。虽然与过去的相比,现在的患者能够得到更多的有关乳房手术方面的知识,但她们很难得到再次手术的相关材料以及细节方面的描述。

从这个角度讲,医生必须是优秀的交流者和教育者。对外科医生来讲,与患者进行交流并使她理解手术计划是最基

本的，为什么要做手术、为什么手术切口必须放在那儿、痊愈需要的时间、可能出现的风险及并发症，都要解释清楚。在患者的乳房上画出手术切口的位置或在图表上说明，对于医生与患者的交流很有帮助，或者提供接受类似手术的患者照片也可以。当采用照片对患者进行教育时，重要的是要向患者展示各种不同效果的照片以说明大部分患者能够达到的效果。同时，医生必须将结果坦诚相告，不要用过分渲染手术效果的图片。另外，让准备接受手术的患者与已经接受过一次或多次类似手术的患者进行交流是有益的。需要两次手术来解决一个问题以得到最佳效果的情况并不少见（例如在对严重挛缩的“双泡形”乳房畸形进行假体乳房再造之前，需要先放置组织扩张器）。患者必须意识到只能采用这种方式，并且要做好准备接受经历两次手术给身体和经济带来的影响。

明确患者是否已经理解了手术过程以及患者的立场，对于患者的选择至关重要。同时，这也是对外科医生重要的现实考验。

不做手术的决定

通过咨询和对患者身体情况的全面评估，我们往往做出的最佳选择是避免再次手术。在这种情况下，必须对患者说“不”。但我在向患者解释我的决定时，一定会尽可能地采取某种方式以反映出她所敏感的问题。作为医生，我们的职责是把自己认为的最佳方案告知患者。因此，如果这是你的结论，就不必小心翼翼地采用外交辞令，而应直接向患者表达：你认为最佳的选择是不再进行手术。

如果我认为手术是可行的，但我自己在经验上或手术技艺上不能胜任手术，我会建议患者找一个可能做得比我更好的同事寻求帮助。

同意手术的决定

如果患者对手术抱以现实的期望，而且我有把握通过手术改善现状，患者将可能接受再次手术，有关手术的程序也开始启动。首先，要回顾针对患者特定问题的可以选择的治疗方案。其次，要对能达到最佳效果的最终治疗方案进行解释。在对于外科治疗过程的解释中包含着我对麻醉方式的选择。许多表面组织（包括皮肤及单纯的乳腺实质组织）的手术多可采取静脉麻醉辅助下的局部麻醉进行。这其中包括大多数的瘢痕修整，对既往乳房上提术、乳房缩小术的小的修整以及对许多术式再造乳房的修整等。对于涉及更深层次组织的手术，如显著的组织移位、涉及到包膜组织广泛剥离的假体置换或深达肌层的手术，我会向患者推荐全身麻醉。患者的术中麻醉管理需要有经验的麻醉师完成，只有这样我才能全身心地投入到手术中，而不会因患者的生命体征、麻醉状态及安全等问题分心。对每一例手术，我都会让患者在术前与麻醉师进行交流。

手术时机

时机是再次修整手术一个关键因素，直接影响着手术能

否成功。如前所述，患者及医生都要做好最充分的准备。对于患者来讲，这里所说的准备包括心理上、生理上以及解剖上的。

患者必须在感情上准备好再做一次手术。在择期手术中，这种准备尤为重要。这意味着有充足的时间让患者集中面对再次手术的恢复。从生理学及解剖学的观点而言，伤口愈合必须进入状况良好的慢性期，组织平衡已经恢复；必须花费足够长的时间耐心等待组织变软，包括水肿和硬结消失、肌肉表面组织的移动性恢复正常。这些分析有赖于外科学的判断，对于经验丰富的整形外科医生来说是一个常规。

从心理及生理的角度上，患者必须处于最佳状态。要很好地解决所有影响伤口愈合的因素，包括营养状态，或许还有非常重要的吸烟史等。我坚持认为吸烟对于全身各处的伤口愈合及瘢痕形成都是有害的，必须在术前克服。当然，患者在术前必须达到最佳健康状态，任何明显的疾病（如高血压）都要得到很好的控制。

医生同样也要做好最佳的准备，包括详细了解以前手术的特殊情况，特别要清楚以前手术选择的切口及其结果、假体的类型和位置、乳房的X线片以及有关的病理学报告。

总之，要想在再次手术中取得最好的结果，医生及患者都要做最充分的准备。

影像资料

影像资料对于我的整形外科实践是非常有帮助的，它是分析病情、制定手术方案的最佳途径。我经常会在研究照片资料时（有时甚至是从相机里回放的）发现一些细微之处，其中有些细节正是我在体检中忽略的。更重要的是患者通过观看自己的照片可以更加了解自己，尤其是在看全幅照片（8×10英寸）时则更是如此。

拍摄的乳房照片必须采取标准体位。患者放松站立，双臂下垂于身体两侧或轻轻地在后背交叉。这种体位必须包括前后位、侧位和斜位。要求包括双肩，从下颈部到腰部。偶尔会从上俯拍或请患者仰卧于检查床或桌子上拍摄。有时根据需要会让患者躺在床上，从脚的方向拍摄照片，特别是需要了解假体位置或判断是否异位时（参见第3章）。从上方拍摄的体位有时使医生更好地观察患者，因为这些照片所显示的效果与患者佩戴胸罩或穿着游泳衣时对乳房的自我感受相仿。

过去我曾用过35mm反转片（幻灯片）和宝丽来照片，现在我使用数码影像。这样可以将它们储存在安全的地方，并备份在一个安全的网站。这种影像可以为每一位患者打印黑白的8×10英寸的照片。这是备用的参考资料，患者能够看到开始的时候是什么样的，包括分期的乳房再造。

照片的标准化比图片格式更重要。像前文提到的那样，照片中的患者应取直立位，患者在放松状态下双臂姿势自然。确定好拍摄距离，拍摄照片的条件应与原先的相同。我发现照片中显示肩部、下颈部以及上腹部的解剖位置是很好处的。双臂的两侧需要留出一小部分空间。保持每一张照片背景颜色和光线条件的一致很有益处。显而易见，任何能够辨认患者身份的部分（例如部分面部）都不应包括在照片

中。保护患者的身份非常重要。

在我会诊时,如果患者的前次手术是由别的医生做的,我经常会问患者是否有或是能够获得其术前的照片。这些照片常会提供有价值的参考,因为它们帮助我理解术前乳房的外观和患者的组织条件,同时我也能看到患者乳房所发生的实际变化。

知情同意

充分知情的患者是你最好的同盟。

术前对并发症的说明是解释,术后对并发症的说明是借口。

在学习课程和实践生涯里,我们都会以这样或那样的方式听说过这些观点。获得手术同意的过程是外科实践艺术的基本组成部分。这是具有个性化的过程,在我的每次整形外科咨询过程中,它占据了相当大比例的时间。

无论是初次手术还是再次手术,知情同意的过程都非常关键。从患者的教育以及法医学的观点来说,乳房再次手术知情同意尤为重要。在诉讼日益频繁的年代里从事医疗实践活动,外科医生必须在其实践过程中通过精简有效的途径尽量避免患者因为医疗事故要求赔偿。以下是我的一些想法和观点,这些看法来自我自己的临床实践以及已发表的关于医疗责任方面的文章^[1~4]。

医疗事故的范围

根据医师协会主席 Mark Gorney 先生的观点^[1,2],来自大多数医疗保险公司的数据反映出,所有对整形外科医生提出赔偿要求的诉讼中,约有 85% 涉及到不超过 8~10 种可选择性的美容手术。在这其中,36% 与可选择性的乳房手术有关。

所有的这些手术,约有 55% 缘于乳房缩小术时令人不快的瘢痕或血运的并发症。其余的 45% 缘于隆乳术或应用组织扩张与随后置入假体的乳房再造术^[2]。在关于隆乳术并发症的讨论中,Gorney 认为假体包膜问题、错误的体积(太大或太小)、感染、反复手术导致的额外收费、神经感觉损害为首要原因。在乳房缩小术和乳房上提术中,瘢痕、皮肤缺失、乳头乳晕缺失、双侧不对称以及合并出现上述问题是令人不满的常见原因。

如前文所述,医疗实践中有限责任的基本内容包括:精心选择合适的患者、充分的公开、准确的医疗文书以及量力而行。上述过程看起来似乎都是理所应当的,但令人惊讶的是,与此背道而驰的现象却并非少见^[1]。

尽管患者的选择对于整形外科任何领域手术的成功都至关重要,但是美容外科的竞争压力和逐渐减少的经济赔偿还是使患者选择的标准模棱两可。是否手术的决定必须在完成对现存问题的评价并与患者讨论之后。手术医生必须将患者的最大利益牢记在心并如实决定是否手术。

对于再次手术而言,通过局部组织条件、以前的瘢痕以及患者的特殊要求来分析结果非常重要。医生必须理解患者对自己现实情况的认识程度,而且必须在决定是否手术之前考虑这个问题。

必须详细同患者讨论该手术后可能达到的改善以及局限性。效果的改善有赖于临床表现、医生的经验和技术及患者对现实情况的认识和理解。我认为再次手术的术后效果通常是改善——而不是完美。不管评估身体的哪个部位,我几乎总是向患者强调这一点。

乳房再次整形外科手术的经验强化了我的下列条件:

- 患者对指定手术的可能性和限制条件有现实的认识。
- 医生认为根据自己的经验,手术效果会在现有的基础上有所改善,该效果会达到患者的满意。
- 要向患者解释手术的有关内容,包括附加切口、潜在的风险和并发症。患者要理解上述问题,包括以后计划外的再次手术风险。

当满足上述所有条件时,所做的决定通常是合理的并有一个良好的基础。相反,对于一个寻求不现实的手术效果的患者——或是一个不理解或不愿意接受手术固有风险的患者——而言,无论手术收入多高,再次手术的风险极大。

最大限度地降低医疗事故发生的风险

Gorney 等^[1,2,4]建议整形外科医生和其他的医生,在严格选择患者、充分公开、准确的医疗文书以及量力而行方面,要提高对其重要性的认识以最大限度地减轻责任。上述过程看起来似乎都是理所应当的,但令人惊讶的是,与此背道而驰的现象却并非少见。

再次手术意味着患者已经接受过一次手术,但该手术的效果既没有达到医生的目标也没有取得患者的满意。因此,再次手术肯定与初次手术大不相同。经验丰富而又尽职尽责的医生一定会仔细评价患者目前的心理状态、生理机能和解剖结构的恢复程度以及患者对再次手术的期望值。尽管再次手术的决定权似乎主要在于患者,但是要记住的是,是否再次手术最终还是要由医生决定。

对于再次手术而言,手术医生可能做过或没有做过该患者的初次手术。如果我做过初次手术,患者常会保持对我的信任,并要求我为她再次手术。在我的临床实践中,可选择的乳房整形手术后计划外的再次手术率约为 4%。这些初次乳房整形手术包括隆乳术、乳房缩小术、乳房上提术、乳房上提并隆乳术。关于包括医生费用以及器械和麻醉费用在内的再次手术费,最好在初次手术前就向患者有个大致的交代。

当评价由其他医生进行前一次手术的患者时,第二位医生不必急于判断前一次手术,对手术结果提出不恰当的意见,尤其要避免在没有理解导致患者目前境况的原因时用自己的肢体语言表达一种批判性的暗示。在这儿我还应提到,如果我决定帮助一位需要再次手术的患者,我会让患者清楚:我绝对不会作为专家提供任何关于对前一次医生治疗效果的看法。

获得知情同意

与一般的观念相反,获得知情同意不仅仅是让患者在文件上签字。这是一个过程^[2]。尽管签字这个形式可以提供患者已获得该权利的证据,仅就签字这个行为本身不能使患者

的知情同意权得以实现。

简单地说，知情同意意味着向能够进行理性交流的成年患者提供关于手术风险、益处以及备选的治疗方案（包括不进行治疗）的足够信息，使患者有能力决定是否进行手术做出合理的决断。正如 Gorney^[2]所讲到的，医生肯定有义务公开这些信息，这就是说医生不应等待患者提出这方面的要求，而是必须主动介绍有关信息。这些信息必须通过患者能够理解的方式进行交流（使用患者理解的语言），然后给予患者足够的时间以做出明智的决定。

获得知情同意是每次咨询的重要内容。我认为这项工作实际上是一门艺术，每一位手术医生都有自己的方式来处理这个问题。医患之间交换手术相关信息的时间是有限的，这对于手术医生来说颇为费力，对患者来说是不快和焦虑的。然而，信息交流是每个患者术前准备的必需部分，相对于初次手术而言，这种交流对于再次手术则更为重要，同样也更为繁琐。

工作的艺术性在于外科医生与患者进行沟通和交流的能力。我强烈认为正是通过这种相互交流过程，医生才能够为建立稳固的医患关系打下良好的基础，也正是因为有这种关系，才会在术后效果低于期望值时维持患者的信任。我认为坚实的医患关系在某种程度上可以化解潜在的法律纠纷。

手术咨询不能匆匆忙忙，医生所使用的语言必须是患者及其家庭、丈夫、朋友和其他重要成员所理解的。对医生而言，正如本章随后所讨论的那样，通过图表的形式来解释概念、描述切口的位置是非常有益的。谈话的内容必须包括该手术预期的益处、手术条件的制约及其潜在并发症。在所有的术前谈话中，都应解释备选的治疗方案（包括“不治疗”这一备选方案）。另外，医生应当告诉患者为什么他（或她）认为所选择的手术方案对患者来说是最好的。在我以及其他撰写相关知情同意文章的专家^[2,4]看来，这是落实患者知情同意的必需部分。

对于医生来说，要重视在患者记录中证明咨询中所发生的信息交换。我发现在我口述的咨询笔记中简要记录手术计划是很重要的，这包括切口的定位（特别是与原切口不相同、切口更长或范围更大）、围手术期的常规治疗方案、潜在风险和可能发生的并发症，要列举以往曾作为并发症所特别提到的内容。所有的文件必须准确，要包含向患者提到的所有信息（如关于某种并发症发生可能性的细节，或盐水假体每年的渗漏率为2%）。给予患者的任何小册子也应当被记录。如果有些问题在再次整形外科手术时很可能发生，我会向患者强调说明，并将谈话内容记录在案。如果还有证人在场，我会在笔记中记录他（或她）的姓名。

在我的外科临床实践中，无论是初次手术还是再次修整手术，我都使用预先打印好的知情同意书。这些是美国整形外科协会为其会员所汇编的知情同意书范本。这使得我与每一位患者的谈话过程保持统一和一致。乳房缩小术、隆乳术、乳房上提术、乳房上提并隆乳术、假体置入乳房再造术以及横行腹直肌肌皮瓣乳房再造术的再次修整手术的知情同意书实例见本章末尾的附录1~6。由于患者存在着个体差异，我偶尔会在手术部分插入额外的信息或是添加潜在并发症的名称。

患者必须接受、思考和理解大量的信息。因此，我经常

鼓励患者将知情同意书的副本带回家，以便能够在家里舒适的环境中更好地阅读。在患者完全理解了这些信息后，我会请患者提出与手术相关的新问题，我会通过电话，必要时安排咨询会谈，来回答任何新提出的问题。我会在患者记录中记下所有新的交流内容。

研究揭示，当患者回忆咨询期间所接受的手术相关信息时，所提到的内容仅有30%被记住了^[5~7]。我同样认为，患者常表现出“选择性的思考记忆”。由于各种各样的原因，患者在咨询期间主要留心倾听和记住他们想听到的信息，而在讨论与手术相关的风险时会忽视许多重要的细节。正因为如此，我经常坚持再次咨询，要求患者与支持她手术的人（她的丈夫、亲戚、朋友或其他重要的人）共同前来，并再次对手术进行讨论，内容包括手术很可能出现的结果、手术的限制、潜在的风险和并发症。这位支持者会留心听取告诉他的更多的信息，然后同患者分析细节，若出现并发症或术后效果不佳时，能够帮助患者度过术后非常困难的时期。

每一位医生必须让患者在非常舒适的环境中获得该手术的知情同意。无论是给予患者知情同意书还是咨询口述记录，或是每个手术都使用清单，都可以让患者承认手术过程已经解释过，她理解了条款格式下罗列的固有风险或并发症。也可以采用类似于我在前文提到的方法，但无论采取怎样的办法必须证明上述过程的确存在。

我坚持认为在知情同意的过程中，花时间对患者进行宣教和沟通非常关键。这是患者对手术医生建立和巩固信任的时间。对手术医生来说，以诚恳而敏感的方式表达咨询的细节是必需的。医生通过这种方法传递给患者咨询的细节，并给患者一种她与医生共同参与手术过程的感觉，常能够在相当大程度上减轻患者的焦虑。而且，患者会逐渐将医生看成是与患者分担不确定性的手术结果且富有同情心的人，而不是无所不能的神。

患者的文件资料——咨询内容及手术记录

只要文件是关键性的，并且是准确的就足够了。只要可能，手术医生应当在手术的当天口述手术过程，此时这些内容在医生的脑海里是生动而鲜明的。以后回忆的内容常常不够精确和清晰，对于手术的细节则更是如此。同样，我会在患者就诊的当天努力口述咨询内容，此时这些细节在我的脑海里是新鲜的。同时，通过口述这些内容，我会努力在医疗记录过程中保持一致性。

毋庸置疑，在任何情况下医疗记录都必须真实。如果医生在患者面前做不到这一点，会轻易被发现，并且会破坏医生在陪审团眼里的人品和可信度。

乳房手术与诉讼特点

可选择的乳房手术是法律诉讼的高发区域（有许多乳房手术出现法律诉讼纠纷）。Gorney^[2]在他的关于医生数据（the Doctor Company data）的回顾中指出，不满和抱怨主要来自隆乳术和乳房缩小术。就隆乳术而言，由于患者的不满而

引发法律诉讼的原因主要有以下几点:

- 伴有或不伴有乳房变形的包膜挛缩
- 体积不当——太大或太小
- 双侧不对称
- 持续性疼痛
- 出现波纹、皱褶或皱襞
- 乳头感觉受损和乳晕感觉麻木
- 与预料之外的再次手术有关的经济损失
- 需要取出假体的感染

我认为隆乳术后包膜挛缩不是并发症而是手术的固有风险。这两者之间是有区别的。任何形式的置入体进入人体后,都会形成包膜。由于进行性的包膜挛缩所表现出来的乳房变硬是机体对假体自然生物整合过程的客观反应。患者必须有准备作为手术的固有风险来接受这一事实。

隆乳术前我会很谨慎,避免向任何患者承诺胸罩的尺寸。对于乳房缩小术和乳房上提术同样如此。不同的胸罩,患者可在不同的方式下穿着合身。我发现不可能在一个特定的外科手术之后精确地预计一个患者的乳房需要多大的胸罩。

尽管一般人把乳房看成是对称性的器官,但是确切的对称性只是例外而不是普遍规律。对于隆乳术而言,术前乳房的不对称性可高度预测术后的不对称性(第3章)。我向每一位患者指出这一点,并且告诉她们每一个乳房外科手术后都可能存在某种程度的不对称。

持续性的疼痛尽管不常见,但却是每个外科手术潜在的问题。任何切口入路的隆乳术都可能改变乳头及乳房皮肤的感觉。乳头感觉可完全丧失,这一点必须向患者讲清楚。感染是隆乳术少见但却非常严重的风险。如果出现感染,可能需要取出假体,患者常必须在6~12个月后才能再次置入新的假体。

每一个可选择性的美容手术之后都有可能需要再次手术。可能会需要处理隆乳术后短期内出现的并发症(例如引流假体周围的血肿,参见第3章),或是患者在数月或数年之后提出再次手术的要求(如治疗假体异位或皱褶)。初次隆乳术后3年内约有14%~20%的患者需要再次手术(参见第3章)。这一点必须向所有的“准”隆乳术患者讲清楚。而且,我认为这样可有助于清晰地向初次手术的患者说明再次手术的费用不在保险范围之内,这些费用需要患者自己承担。

关于乳房缩小术,由于患者的不满而引发法律诉讼的原因主要有以下几点:

- 对瘢痕的不满意
- 乳头和乳房被覆皮肤坏死
- 不对称或术后畸形

每一个外科手术都必须确定切口位置,这些切口最终会成为永久性的瘢痕。这一点必须清楚地告诉所有将要进行手术的患者。对于乳房缩小术,瘢痕经常是广泛的,而且在乳房上的方向各不相同(如既有水平方向又有垂直方向的瘢痕)。几乎在每一次咨询的过程中,我都会提醒患者瘢痕会永久存在而完全不可能消失。我会向患者解释,手术实际上可以看成是一种交换——用瘢痕换形态。我同时也会解释为什么需要将瘢痕置于乳房特定的位置,并且画图说明瘢痕的位置,这张图会成为患者记录的一部分。我会告诉患者瘢痕

可能会很宽或不规则,有时瘢痕不会顺利愈合从而导致伤口开放几周后才完全愈合。我还要说这种瘢痕愈合后,常会出现皮肤色素缺失以及轮廓异常(出现锯齿状或错位畸形),其美学外观经常比期望的差。另外,我会向患者展示愈合良好、一般以及令人不满的瘢痕照片。

乳头缺失是乳房缩小术和乳房上提术严重的并发症。我认为这一点应当作为术前谈话的部分内容以落实患者的知情同意权。要告知患者虽然发生的概率很小(为1%或更小),但在乳房缩小术中确实可能遇见。同时我也会说明如果发生乳头缺失,可以再造一个看起来同患者自身的乳头非常相似的新乳头,用文身的办法再造乳晕。然而,再造的乳头不会具有感觉。

乳房缩小术(甚至是乳房上提术)后某种程度的双侧不对称是极为常见的,如乳房形态、瘢痕位置、乳房体积、乳头乳晕复合体的倾斜度等方面的外观差异等。瘢痕是必需的,会降低外观的美容效果,但真正的畸形很少见。当在同侧乳房出现大量的并发症时,会导致双侧显著的不对称。应该在术前向患者告知这一点。我会向患者指出什么因素的出现会易于造成上述问题,同时也会解释患者应该了解的乳房缩小术或乳房上提术后相关的计划外的附加手术。

结论

整形外科医生与患者都应当理解再次修整手术几乎在每个方面——当然包括获得所期望的手术效果在内——都要比初次手术难度更大。

只有当患者完全理解该手术的目标、限制条件和潜在的风险,并对乳房再次修整手术有一个我所认为是合理的期望,我们才会对是否再次手术修整做出恰当的决定。只有把与乳房手术和临床实践相关的解剖知识和概念了然于心,才能在这一领域取得成功的实践。

在进行乳房再次修整手术时,有经验的外科医生不应过度自信。以为一个人能改善任何初次手术遗留的问题,这种想法是很冒险的。进行修整手术的医生应谨慎应对,避免做出手术效果完美无缺或不切实际的承诺。对于再次修整手术,甚至是对于初次手术,我认为最好是谨慎承诺并反复强调。

参考文献

1. Gorney M. The wheel of misfortune. *Clin Plast Surg.* 1999;26:15.
2. Gorney M. Preventing litigation in breast augmentation. *Clin Plast Surg.* 2001;28:607.
3. Martello J. Basic medical legal principle. *Clin Plast Surg.* 1999;26:9.
4. Gorney M, Martello J. The genesis of plastic surgery claims—a review of recurring problems. *Clin Plast Surg.* 1999;26:123.
5. Turner P, Williams C. Informed consent: patients listen and read, but what information do they retain? *N Z Med J.* October 25, 2002;115(1164):U218.
6. Langdon IJ, Hardin R, Learmonth ID. Informed consent for total hip arthroplasty: does a written information sheet improve recall by patients? *Ann R Coll Surg Engl.* November 2002;84(6):404–408.
7. Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* March 2000;53(2):121–125.

附录 1:

隆乳术后乳房修整术手术同意书

本人 (患者姓名) 授权 Kenneth C. Shestak 教授及其助手以及他指定的其他医师完成以下隆乳术后乳房修整术的手术治疗:

(手术名称)

Kenneth C. Shestak 教授已经向我详细解释以上手术, 我充分理解手术存在以下风险: 出血、血肿、血清肿、感染、切口裂开、假体外露、由于外露或感染致假体取出、包膜挛缩 (有可能是进行性的)、乳头感觉变化、外形不对称、皮肤表面出现皱褶、疼痛、假体破裂或外渗、药物过敏反应、瘢痕的位置或恢复不满意、需要计划外的额外手术以及术后美容效果不佳。

我理解手术可能会出现以下后果:

- (1) 我承认我已经同我的医师讨论过除手术外没有其他可以替代的治疗方案。
- (2) 我理解在手术过程中, 有可能会发生预想不到的情况。为了确保我的生命或健康, 可能必须立即采取额外的或与目前手术不同的医疗措施来处理上述突发情况。我要求并授权我的医师从医学专业考虑必要时可采取上述治疗方案。
- (3) 出于加强医学教育的目的, 我同意非直接负责我的治疗的人员参观及讨论我的治疗方案。
- (4) 我理解我的医师及在其指导下的人员会为了医疗、科研或教学的目的对我的部分或全部手术过程进行选择性的记录、摄影、摄像或录音。在不暴露我的身份的前提下, 我同意采用上述方式记录包括我身体在内的手术或其他治疗过程。我理解并同意: ①任何照片、影带、录音带或其他音像记录仅属于 Magee 女子医院, 它们不会成为我的病历的一部分; ②Magee 女子医院或其他有关人员有权编辑、保存、销毁我的部分或全部照片、影带、录音带或其他音像记录, 或将上述资料转交给我的医生。

应用假体乳房再造术的手术同意书

本人 (患者姓名) 授权 Kenneth C. Shestak 教授及其助手以及他指定的其他医师完成以下的应用假体乳房再造术的手术治疗:

(手术名称)

Kenneth C. Shestak 教授已经向我详细解释以上手术, 我充分理解手术存在以下风险: 出血、血肿、感染、术后瘢痕效果不佳、不能完全康复、切口裂开、假体外露、由于外露或感染致假体取出、进行性的包膜挛缩、假体异位、术后双侧持续性不对称、外形异常、皮肤表面出现皱褶、疼痛、需要再次手术治疗、假体破裂或外渗、药物过敏反应以及术后美容效果不佳。

我理解手术可能会出现以下后果:

- (1) 我承认我已经同我的医师讨论过除手术外没有其他可以替代的治疗方案。
- (2) 我理解在手术过程中, 有可能会发生预想不到的情况。为了确保我的生命或健康, 可能会必须立即采取额外的或与目前手术不同的医疗措施来处理上述突发情况。我要求并授权我的医师从医学专业考虑必要时可采取上述治疗方案。
- (3) 出于加强医学教育的目的, 我同意非直接负责我的治疗的人员参观及讨论我的治疗方案。
- (4) 我理解我的医师及在其指导下的人员会为了医疗、科研或教学的目的对我的部分或全部手术过程进行选择性的记录、摄影、摄像或录音。在不暴露我的身份的前提下, 我同意采用上述方式记录包括我身体在内的手术或其他治疗过程。我理解并同意: ①任何照片、影带、录音带或其他音像记录仅属于 Magee 女子医院, 它们不会成为我的病历的一部分; ②Magee 女子医院或其他有关人员有权编辑、保存、销毁我的部分或全部照片、影带、录音带或其他音像记录, 或将上述资料转交给我的医生。