

· 综 述 ·

易性癖的外科治疗进展

SURGICAL MANAGEMENT OF TRANSEXUALISM

章建林, 林子豪

中图分类号: R622

文献标识码: A

文章编号: 1004-6526(2000)04-0213-03

易性癖(transsexualism)是一种性身份或性别自认紊乱。患者有一种持续的强烈愿望成为异性以异性的身份生活于社会并被接受,因此一直对自己的解剖性别烦恼且不适应,迫切希望通过手术改变自己的解剖性别。

易性癖现象广泛存在于世界各地,男女皆可发病,出现于不同的民族和职业,发病者的生活经历、社会背景、社会条件也不尽相同。目前病因未明,比较成熟的说法有:①遗传与内分泌异常,主要指性激素水平异常。Giordano 等认为这是主要原因^[1]。②与抚养方式及环境有关。至于其他如脑学说、精神分析学说因证据不足未被普遍接受。多数学者认为病因是多方面的。

目前对易性癖的治疗归结为心理治疗、激素治疗和手术治疗——性再赋手术(Sex Reassignment Surgery: SRS)。国内外普遍认为性别自认一旦形成便不可更改,易性癖是一种对任何形式治疗均无反应的心理病态,而在临床实践中发现一旦患者行转性手术,原有心理负担即消失。激素治疗通常认为是一种对转性手术的辅助治疗^[2]。

转性手术即性再赋手术可成功地解决性身份问题,被认为是最有意义的治疗,对大多数患者的随访结果显示是最可被接受的方法^[3]。然而转性手术是毁损性手术,一旦手术即无法恢复,因此对手术应相当谨慎。对易性癖的诊断也极其严格,在荷兰 A-CADEMIC 医院需专门有心理医生、内分泌医生、妇产科医生、外科医生成立专家组对易性癖作出诊断。一般地说符合下列诊断才考虑手术。1980 年美国精神疾病协会出版的《精神疾患诊断和统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition 3; DSM-111)的诊断标准:①对自己解剖性别有不舒服感觉。②希望去除生殖器并按异性生活。③这种心理失常至少持续 2 年以上。④没有生理上的两性畸形或基因异常。⑤不是由其他疾

病如精神分裂症所致。其中需强调的是:①诊断是暂时性的。②别的原因所致的性身份问题或对手术持困惑或犹豫态度应予以排除。③以心理性别生活且能适应至少达 2 年以上^[4]。

转性手术过程复杂,往往需多期进行,男女转性手术又有明显不同,下面分别叙述近些年来手术方面的进展。

1 男转女手术

男转女手术最重要的是重塑女性外生殖器,包括双侧睾丸切除,阴茎、尿道海绵体切除,尿道外口移位,阴道再造,阴蒂阴唇重建,其他还包括乳房增大(乳头乳晕重建),面部整形,喉结缩小整形等辅助性手术。其中以阴道再造最为关键。

1.1 阴道再造 男性变性较女性先天性无阴道患者行阴道再造具有一个优越条件就是可以利用阴茎阴囊皮瓣。Huang 在耻骨联合水平将阴茎、尿道海绵体切断,在腹股沟环外口处切断精索,切除双侧睾丸,直肠膀胱间隙造穴,阴囊皮瓣与以阴部外血管为蒂的腹股沟皮瓣互相缝合管形置入穴内形成再造阴道之衬里,碘仿纱条填塞。术后外阴部外观满意阴道深度达 8~10cm,宽敞。阴道狭窄、皮瓣坏死等并发症大为减少^[5]。Hage 报道在阴茎尿道海绵体切除后将阴茎皮瓣翻转插入切除睾丸的阴囊内形成“袋鼠袋”样结构,手术方法简单,但阴道内易致尿液潴留,阴道位置常偏离中轴线且外观不佳,患者往往再次就诊。因此他改作膀胱直肠间隙造穴,将阴茎皮瓣插入穴内形成阴道,并在肛门后会阴皮肤设计一个三角瓣插入阴道内扩大外口。因此作者指出除非患者膀胱直肠间隙很窄,应尽可能避免此类手术^[6]。Karim 报道 I 期阴茎阴囊皮瓣、肛门后会阴三角皮瓣阴道再造术 200 例,6~12 月随访平均宽度为 28mm,深度为 10cm,效果良好。指出为避免术后阴道后侧形成猫耳朵及阴道内毛发生长,应将会阴三角皮瓣面积保留最小^[7]。另外 Hage 认为当阴茎阴囊皮瓣无法利用时可选用乙状结肠行阴道再造,其优点是阴道内粘膜分泌粘液,较湿润,但并发症较多如阴道狭窄、阴道痛性痉挛、粘膜出血、阴道

作者单位:第二军医大学附属长征医院 整形外科,上海 200003

作者简介:章建林(1972-)浙江萧山人,男,整形外科博士研究生

©1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

直肠瘘等^[8]。

1.2 尿道口移位、阴蒂阴唇成形术 Huang 将阴茎海绵体脚与尿道海绵体球分离后在离近端 5~6cm 处切断阴茎及尿道海绵体, 残端固定于会阴横韧带, 相应皮肤上作 0.8~1.0cm“V”形切开, 阴茎海绵体残端从切口处拉出, 表面自行上皮覆盖即成阴蒂。阴蒂尾侧 2~3cm 处作“X”或“Y”切口, 将尿道海绵体及尿管从切口中拉出, 尿道外口即移位于此。阴蒂能勃起有感觉但外形不佳^[5]。胚胎学观点认为阴茎头与阴蒂同源, 因此互相替换是可行的。Brown 1976 年首先描述将阴茎头切除部分后带阴茎背神经血管束行阴蒂再造, 蒂部折叠埋入耻骨联合皮下, 阴茎头则置于尿道口前面。术后阴茎头坏死率达 33%^[9]。Hage 切断阴茎背神经血管束, 切取部分阴茎顶端组织游离移植于阴茎背神经血管束残端创面, 术后发生阴蒂过大或过小或者位置过于偏向尿道口腹侧, 经过 II 期修整无一例坏死, 术后 3 个月 59 例患者中 57 例恢复性感觉, 仅 2 例恢复一般感觉^[10]。Karim 为了形成小阴唇简便缝合尿道外口与皮肤切口, 缝线从两侧穿过尿道口正前方皮下, 使皮肤形成皱襞, 然后将皮肤紧密固定于深部尿生殖膈, 此皮肤皱襞即成为小阴唇; 两侧阴囊皮瓣折叠、修整后缝合即为大阴唇, 大阴唇皮下内容物向后固定以避免象睾丸一样移动^[7]; 正常女性子宫圆韧带止于大阴唇前面, Huang 将精索残端保留长一些埋入阴囊皮瓣下使大阴唇外形更丰满^[10]。

1.3 乳房增大乳头乳晕重建 发育丰满之乳房是女性曲线美一个不可缺少的方面。雌激素治疗男转女男性癖患者, 对乳房发育影响极小, 只有手术才能达到隆乳目的。男性乳腺组织少, 胸部皮肤紧张, 肌肉发达, 因此在胸大肌、胸小肌之间放置硅胶假体体积不宜过大, 以免造成不适感及其他并发症。乳头乳晕重建先后经历了 Berson 局部皮瓣再造乳头, 创面自行上皮化形成乳晕到 Adams 小阴唇游离移植再造乳头乳晕, 但为保证移植体成活, 移植组织量受限制。张宗学等用局部双 β 形皮瓣及阴股沟皮片移植 I 期乳头乳晕再造, 因移植组织量少易成活。4 例患者随访 6~8 个月乳头高度、乳晕颜色、大小均满意^[11]。

1.4 面部整形 易性癖患者面部整形较外阴部显得不为重要, 而且需作面部整形也是少数患者, 但对这些患者而言面部整形能使之较好地融入女性社会并能适应, 遗憾的是至今仍无统一的男女面部客观测量标准。Farkas 用几何比例描述男女面部差异^[12]。Hage 认为女性面部有以下特点: ①因骨组

织少软组织多, 脸型显圆一些。②眼眶体积大, 眼睛圆, 颧骨更突出。按上述标准 Becking 对 16 例患者作了面部整形(个别患者作面部多个部位手术): 10 例下颌角切除, 7 例颧整形(从水平与垂直方向切除部分骨), 2 例上颌整形(上颌骨两侧垂直切开, 中央向前方移位), 1 例颧骨整形(颧骨切开嵌入骨块, 使之更突出, 如果同期手术, 骨块可取自下颌骨切下之骨或人工骨——羟基磷灰石)。术后患者确信他们的脸更显女性化。同时作者认为面部整形需配合化妆和发型^[4]。

1.5 喉结缩小整形 雄激素作用使男性青春期甲状软骨发育, 因此突出的喉结是男性第二性征一个显著特征。这对于男转女患者反而成为适应女性生活的累赘, 迫切需要行喉结缩小整形术。林子豪等对 6 例患者(5 例易性癖, 1 例两性畸形)进行喉结整形, 沿颈皱褶线上方 2cm 切开向下分离至喉结上方, 剥离推开甲状软骨膜, 根据甲状软骨解剖特点切除部分突出之甲状软骨。术后外形满意, 声音嘶哑并发症均顺利恢复^[13]。

2 女转男手术

女转男手术主要包括女性内生殖器切除, 阴道闭封, 阴茎再造、尿道重建, 阴囊再造, 乳腺切除、乳头、乳晕整形。内生殖器切除包括子宫、卵巢、输卵管切除, 以及阴道闭封可于阴茎再造前或同期进行。

2.1 阴茎再造 阴茎再造是女转男手术最重要的环节。Gilbert 认为理想的再造阴茎应符合以下特点: ①手术 I 期完成且能预见其再生长; ②建立能站立排尿的功能; ③具有触觉及性感觉; ④体积大至能容纳假体置入; ⑤外形被患者接受^[14]。带血管蒂皮瓣转移阴茎再造技术已日臻完善。目前较为肯定的是腹壁皮瓣(以旋髂浅、腹壁浅血管或腹壁下血管为蒂)、阴股沟皮瓣(以阴部内外血管及其分支为蒂), 但存在皮瓣臃肿形成阴茎粗大外形不满意, 腹壁皮瓣尚无感觉, 供区瘢痕大之缺点。“管中套管”模式的以桡动脉为蒂的前臂皮瓣游离移植能最大限度满足上述要求, 但供区遗留较大瘢痕是其主要缺陷^[15]。Hage 应用带腓骨小腿后外侧皮瓣游离移植行阴茎再造术, 显微外科吻合血管神经 I 期完成。术前取全厚皮片以皮面朝内包绕尿管缝合成管状预先埋置皮瓣下作尿道, 术中阴茎尿道成“管中套管”样移植于耻骨联合部, 腓动脉与股动脉端侧吻合, 皮瓣之腓肠外侧皮神经与阴蒂背神经或髂腹股神经吻合, 因此阴茎具有良好的触觉及性感觉, 腓骨因具有较好硬度作为支撑假体, 阴茎正常大小, 供区瘢痕隐蔽, 也不影响踝关节稳定, 对于拒绝利用前臂

皮瓣的患者可试用此法^[13]。有一些阴蒂肥大患者尤其是激素治疗后肥大之阴蒂可以成为患者能接受的阴茎时, Hage 利用阴蒂形成阴茎, 阴道前壁粘膜瓣与小阴唇、阴蒂腹侧皮瓣缝合成尿道, 手术 I 期完成, 患者既能完成性交又能站立排尿。但作者承认如此形成的阴茎短且小, 患者很少有满意的。但如果手术失败仍可采用其它阴茎再造方法^[16~17]。

2.2 阴囊再造 女易性癖患者可利用两侧大阴唇再造阴囊, Hage 采用 V-Y 成形术。大阴唇上作“V”形切口, 皮瓣下作分离后置入睾丸假体“Y”形缝合后形成阴囊^[14]。也可用双侧阴股沟皮瓣或大腿皮瓣转移形成阴囊。

2.3 乳房整形 发育良好的乳房对于女性易性癖患者以男性身份生活是一种不协调, 因而成为心理负担。手术包括乳腺组织切除, 重塑胸壁外形, 乳头乳晕部分切除及定位, 乳房下皱襞消除。尽可能避免乳头乳晕内陷或折叠、乳头坏死丧失、胸壁凹陷及瘢痕增生。Hage 针对发育不同的乳房采用三种手术方法。小到中等发育的乳房将乳晕周围皮肤去表皮、乳头乳晕水平方向平行作两切口切除多余乳头乳晕组织, 经乳晕入路皮下乳腺组织切除; 发育较大甚至下垂的乳房在上述方法上乳晕两侧各作三角形皮肤切除; 另外梭形切除乳头乳晕作游离移植术^[18]。乳房下皱襞线从腋下延至胸骨, 在切除乳腺组织过程中, 皮下可触及一横向纤维带, 可在乳头下腋前线切断之, 以免影响胸壁塑形^[19]。

总之, 易性癖的治疗是一个多学科通力协作综合治疗的概念, 涉及到心理学、内分泌学、外科学等领域, Schlitterer 发现应用此概念后激素治疗的副作用可降至最小, 临床结果更满意^[2]。转性手术是毁损性治疗, 需慎之再慎。如何使心理、激素等非手术治疗进一步发挥作用甚至起主导作用以及能否完全代替手术以后需进一步探讨; 同时继续研究易性癖病因, 尽可能早日做到对因治疗; 临床实践发现, 转性手术 I 期完成困难颇大, 往往需进行多期^[20], 手术并发症较多^[5, 7, 8, 21, 22], 加强术前、术中、术后治疗措施促使手术 I 期完成使并发症降至最少; 研究男女性解剖差别尤其是面部差异可以使患者经转性手术后能更好地适应社会、并融入社会。

参考文献:

[1] Giordano G, Giusti M. Hormones and psychosexual differentiation[J]. *Minerva Endocrinol*, 1995, 20(3): 165.
 [2] Schlatterer K, Von Wender K, Stalla GK, et al. Multistep treatment concept of transsexual patients[J]. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 1996, 104(6): 413.
 [3] Kuiper B, Cohen-Kettenis P. Sex reassignment surgery. A study on

141 Dutch transsexuals[J]. *Arch Sex Behav*, 1988, 17: 438.
 [4] Becking AG, Tuinzing DB, Hage JJ, et al. Facial corrections in male to female transsexuals: a preliminary report on 16 patients [J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 1996, 54(4): 413.
 [5] Huang TT. Twenty years of experience in managing gender dysphoric patients: I. Surgical management of male transsexuals[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1995, 96(4): 921.
 [6] Hage JJ, Chami SZ. Conversion of the “Kangaroo pouch” neovagina to a skin inversion vaginoplasty in male-to-female transsexuals: two unusual cases[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1998, 101(2): 445.
 [7] Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, et al. Refinements of pre, intra, and postoperative care to prevent complications of vaginoplasty in male transsexuals[J]. *Ann Plast Surg*, 1995, 35(3): 279.
 [8] Hage JJ, Karim RB, Asscheman H, et al. Unfavorable long-term results of rectosigmoid neocolpoptosis[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1995, 95(5): 842.
 [9] Brow J. Creation of a functional clitoris and aesthetically pleasing introitus in sex conversion. In Marchac D, Hueston JT, eds. *transactions of the sixth international congress of plastic and reconstructive surgery*[M]. Paris Masso, 1976: 654.
 [10] Hage JJ, karim RB. Sensate pedicled neoclitoroplasty for male transsexuals: Amsterdam experience in the first 60 patients[J]. *Ann Plast Surg*, 1996, 36(6): 621.
 [11] 张宗学. 双β形皮瓣及皮片移植 I 期乳头乳晕再造[J]. *中华整形烧伤外科杂志*, 1995, 11(4): 241.
 [12] Farkas LG. *Anthropometry of the head and face*[M]. New York, NY, Raven Press, 1994.
 [13] 林子豪. 喉结整形术 6 例[J]. *中华整形烧伤外科杂志*, 1994, 10(1): 55.
 [14] Gilbert DA. New concepts in phallic reconstruction[J]. *Ann Plast Surg*, 1987, 18: 128.
 [15] Hage JJ, Winters HA, Van Lieshout J. Fibula free flap phalloplasty: modifications and recommendations[J]. *Microsurgery*, 1996, 17(7): 358.
 [16] Hage JJ. Metoidioplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1996, 97(1): 161.
 [17] Chesson RR, Gilbert DA, Jordan GH, et al. The role of colpocleisis with urethral lengthening in transsexual phalloplasty [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1996, 175(6): 1443.
 [18] Hage JJ, Bloem JJ. Chest wall contouring for female-to-male transsexual: Amsterdam experience[J]. *Ann Plast Surg*, 1995, 34(1): 59.
 [19] Van Straalen WR, Hage JJ, Bloemena E. The inframammary ligament: myth or reality? [J]. *Ann Plast Surg*, 1995, 35(3): 237.
 [20] Hage JJ. Medical requirements and consequences of sex reassignment surgery[J]. *Med Sci Law*, 1995, 35(1): 17.
 [21] Freundt I, Toolenaar TA, Jeekel H, et al. Prolapse of the sigmoid neovagina: report of three cases[J]. *Obstet Gynecol*, 1994, 83(5): 876.
 [22] Hage JJ, Karim RB, Bloemena E. Labial masses following vaginoplasty in male transsexuals: the differential diagnosis[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1996, 97(6): 1226.

收稿日期: 1999-12-17