

• 短篇报道 •

腋臭微创剪刮术后并发血肿 28 例临床分析

福建省福州市皮肤病防治院 (福州 350025)

何宇 陈阳 彭铮 刘洋

腋臭又称臭汗症,系腋窝大汗腺分泌物经皮肤表面细菌分解产生不饱和脂肪酸所发出的臭味。该病在我国属常见病,发病率高达 6%^[1]。临床上治疗腋臭的方法较多,手术方式各异,目前多以微创为主,包括搔刮、剪除、剪刮等,均能达到效果良好、切口隐蔽、瘢痕小等效果。但术后血肿仍是难以避免的并发症之一。2010 年 1 月到 2018 年 2 月期间我院 306 例腋臭患者微创剪刮术后并发血肿 28 例 36 例,现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:我院 2010 年 1 月到 2018 年 2 月期间共 306 例 712 侧采用腋臭微创剪刮术,其中女 203 例 406 侧,男 103 例 206 侧;年龄 15~50 岁,平均年龄 23.8 岁。

1.2 手术方法:患者取平卧位,上肢外展,双手置于枕后。剃除腋毛,保留 3~4 mm 腋毛。标记出腋毛范围,于腋毛范围扩大 0.5~1 cm 再设计一圈标记线(即为手术范围)。在标记手术范围靠腋窝后壁近中点处,顺腋窝皱襞方向设计切口(长约 1~1.5 cm)并标记,长度根据手术范围而定。标记范围内行肿胀麻醉,肿胀液体以 0.9% 的生理盐水 200 mL+2% 利多卡因 20 mL+0.1% 肾上腺素 0.5 mL 配置。常规消毒铺巾,术区肿胀麻醉,蚊钳拔除腋毛,体会腋毛松紧。按设计线切开皮肤,用蚊钳及钝头组织剪沿筋膜浅层钝锐结合分离腋毛区皮肤,范围不超过最外围设计线。钝头组织剪紧贴皮下(弯头朝向皮肤)剪除皮下脂肪、大汗腺,剪除时可用手指轻压皮面,切忌剪除真皮。剪除完毕后用刮匙再适当搔刮,以皮肤微红为度,切忌过度搔刮。再次以蚊钳拔除腋毛,应较术前易拔除。生理盐水冲洗皮下腔隙,检查有无活动性出血,0/3 丝线缝合切口,置皮片引流,术区涂抹金霉素眼膏,垫纱布及面垫,弹力绷带“8”字加压包扎。术后口服抗生素 3 d,加压包扎至少 5 d,双侧肩关节制动至少 10 d,2 d 后拔除引流片,10 d 后拆线。

1.3 结果:306 例 712 侧采用腋臭微创剪刮术患者中,并发血肿 28 例 36 侧,其中单侧 20 例,两侧为 8 例。血肿分类:痛性血肿(即患者自觉术区明显刺痛)4 例 5 侧;无痛性血肿(即患者无明显自觉症状)24 例 31 侧。痛性血肿患者自觉症状明显,一般术后第 1 天复诊时即发现,立即予清除血肿、止血、加压包扎,防止皮瓣坏死或再次出血;经处理后,除 1 例 2 侧皮瓣恢复良好,余 3 例 3 侧均有不同程度的皮瓣坏死,远期皆无瘢痕形成。无痛性血肿患者无自觉症状,多于 4~5 d 拆除加压包扎时发现,用 10 mL 或 20 mL 针筒进行穿刺抽吸血肿,加压包扎;经处理后,24 例 31 侧皆恢复良好,未出现皮瓣坏死。

2 讨论

腋臭作为困扰人们生活的一种常见疾病,治疗方法多种多样,现仍以微创手术治疗效果最为确切。血肿为腋臭微创剪刮术后常见并发症之一,如处理不及时,极易继发皮肤坏死、感染、疤痕等一系列问题,应引起高度重视。本文将血肿分成两种类型:一种为痛性血肿,即患者自觉术区明显刺痛,这种血肿多发生于术后 12~24 h 内,且范围多较大;另一种为无痛性血肿,即患者无明显自觉症状,多于换药时发现,发生时间、位置无明显规律,血肿面积一般较小,多小于 1 cm²。分析血肿形成的原因,本组 4 例 5 侧无痛血肿中,1 例 2 侧因患者无法忍受弹力绷带加压,手术当天晚上自行拆除绷带后发生血肿;余 3 例 3 侧于清除血肿时皆发现明显出血点。而无痛性血肿的发生时间、位置无明显规律,血肿形成原因考虑:1)少部分患者有明显出血倾向;2)术中钝锐性结合分离皮瓣时误伤小血管,因止血时遗漏或肾上腺素导致血管收缩术后反跳出血;3)因腋窝部皮肤不平整,加压包扎不紧密、不牢固,致纱布与皮肤之间遗留腔隙;4)术后患者双肩关节未严格制动,活动时拉扯创面导致出血^[2-3]。血肿的预防:1)术前完善相关检查,严格把握手术指征及禁忌;2)对有明显出血倾向的患者,术前可口服止血药;3)在分离皮瓣时尽量以钝性分离为主,在确需锐性分离时,将组织剪紧贴真皮层进行分离,减少血管损伤可能;4)剪刮结束后用生理盐水反复冲洗腔隙寻找出血点,对明显的活动性出血必须彻底止血;5)加压包扎平整、牢固,勿留下明显腔隙;6)双肩关节严格制动至少 10 d。总之,腋臭微创剪刮术前应严格把握手术适应证及禁忌证,术中规范操作,术后严密随访,及时处理各种并发症,在保证疗效的同时最大限度地降低并发症率。

参考文献

- [1] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏凤凰科学技术出版社,2017:2114.
- [2] 沈为民,但洋.腋臭微创刮除术并发症原因分析及预防与处理[J].重庆医科大学学报,2009,34(1):118-119.
- [3] 王圣林,黄伟青,沈建芬.腋臭皮下搔刮术并发症的处理和预防[J].中国美容医学,2007,16(5):637-638.

肺力咳合剂佐治 50 例小儿肺炎的临床疗效

福建省龙岩市牡丹妇产医院(龙岩 364000) 曾有华

支气管肺炎又称小叶肺炎,多见于 5 岁以下小儿,在临床上常见病、多发病。由于小儿肝肾功能发育不完善以及抗生素滥用导致的耐药菌的存在,现如今临床上治疗小儿肺炎时可以使用抗生素已非常有限,给小儿肺炎诊疗造成不小的困扰。中华中医药协会儿童肺炎联盟倡导中西医结合诊治,并发布了相关共识^[1]。笔者在临床中应用中成药肺力咳

合剂佐治小儿肺炎，现对其治疗效果探讨如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：选择 2014 年 1 月至 2017 年 10 月在我科住院的 100 例肺炎患儿，结合临床症状、体征及胸部影像学确诊支气管肺炎，并排除呼吸衰竭、心力衰竭、缺氧中毒性脑病等并发症者。将 100 例患儿按照随机数字表随机分为治疗组和对照组各 50 例。治疗组男 38 例，女 12 例；年龄 <1 岁 20 例，2~5 岁 18 例，>5 岁 12 例；病情轻度 32 例，重度 18 例；入院前病程 (3.61±1.22) d。对照组男 32 例，女 18 例；年龄 <1 岁 19 例，2~5 岁 17 例，>5 岁 14 例；病情轻度 31 例，重度 19 例；入院前病程 (3.61±1.22) d。两组患者的性别、年龄、病情分度、入院前病程比较，差异均无统计学意义 ($\chi^2=0.041$, $P>0.05$; $\chi^2=0.206$, $P>0.05$; $\chi^2=0.040$, $P>0.05$; $t=0.560$, $P>0.05$)。

1.2 治疗方法：对照组采用抗感染、止咳化痰、雾化吸入、必要时拍背吸痰等对症治疗方案。治疗组在此基础上加用肺力咳合剂（贵州健兴药业有限公司，100 mL/瓶，产品批号：20181015，国药准字 Z20025136）。该药的用法用量：7 岁以内，一次 10 mL；7~14 岁，一次 15 mL，3 次/d，疗程 5~7 d。

1.3 疗效判断方法与标准：观察用药前后，两组患者的咳嗽、发热、肺部痰鸣等症状、体征的恢复情况和治疗时间。

1) 显效：治疗 7 天后，咳嗽、发热、肺部痰鸣等症状均消失；2) 有效：治疗 7 天后，上述症状、体征有好转或部分好转；3) 无效：上述症状、体征较前加剧^[2]。

1.4 统计学处理：计量资料以均数±标准差表示，采用 t 检验；计数资料用率表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗时间：治疗组患者咳嗽、发热和肺部痰鸣消失天数，以及住院天数，均短于对照组。两组患儿主要症状、体征消失时间和住院天数时间比较见表 1。

表 1 两组患儿主要症状、体征消失时间和住院天数时间比较 (n=50)

组别	咳嗽消失 天数	发热消失 天数	肺部痰鸣 消失天数	住院天数
治疗组	5.50±1.83	3.80±2.20	3.90±2.10	7.20±2.66
对照组	6.92±1.7	5.4±2.45	5.60±2.59	8.94±2.31
t 值	3.42	4.45	4.56	3.84
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 疗效：治疗组显效 29 例，有效 19 例，无效 2 例，总有效率 96%；对照组显效 23 例，有效 17 例，无效 10 例，总有效率 80%。两组总有效率比较，差异有统计学意义 ($P<0.01$)。

3 讨论

支气管肺炎是小儿时期重要的常见病，一年四季均可发病，是我国小儿住院患者死亡的主要原因之一。首先，由于小儿呼吸系统发育不完善，气管、支气管较成人短且较狭窄，软骨柔软，肺弹力组织支撑作用差，黏膜柔嫩，血运丰富，纤毛运动差，痰液不易排出，容易导致呼吸道阻塞^[3]。再者，小儿脏腑娇嫩，肺气不足，免疫功能发育不完善，容易罹患肺部感染。肺部感染在中医归属于湿热病范畴中的“风湿犯病”、“肺热咳喘”等症^[4]。随着我国中医学和现代医学的交流与相互渗透，以及中药加工提纯科技水平的不断提升，已有很多中成药应用到临床诊疗中，并取得很好的疗效。西医诊疗与中医个体化辨证施治相结合，为小儿肺炎的诊疗提供新的临床思维^[1]。肺力咳合剂主要成分为红花龙胆、梧桐根、红管药、黄芩、前胡、百部等。其中，红花龙胆、梧桐根、红管药联用时，主要作用成分可有效松弛支气管平滑肌，对抗组织胺、乙酰胆碱所致的支气管痉挛；前胡、百部可疏风散热、清肺、化痰、止咳等。该药为纯中药制剂，有清热解毒、镇咳祛痰的疗效，对于罹患痰热犯肺为主要症候患儿尤其适用，服药期间需避免进食辛辣刺激的食物和发物^[5]。本文治疗组采用肺力咳合剂治疗肺炎 7 天后，患儿咳嗽、发热，特别是肺部痰鸣明显减轻，有效率达 96%，明显高于对照组的 80%，差异有统计学意义。

综上所述，肺力咳合剂作为清热解毒、镇咳祛痰的中成药口服液，不需熬制，口感好，服药依从性高，在小儿肺炎治疗中发挥良好作用，值得我们临床儿科医生参考使用。

参考文献

- [1] 中华中医药协会儿童肺炎联盟. 儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识 (2017 年制定) [J]. 中国实用儿科杂志, 2017, 32 (12): 881-885.
- [2] 马利维. 氨溴特罗辅助治疗毛细支气管炎疗效观察 [J]. 儿科药理学杂志, 2007, 13 (3): 46-47.
- [3] 王卫平, 孙锟, 常立文. 儿科学 [M]. 第 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 238.
- [4] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1174-1206.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 76.