

实施,但是由于其手术过程较为简单,而且手术过程中使用的仪器设备较少,故其手术价格也较为便宜,约为腹腔镜胆囊切除术的一半左右。

在复杂的胆囊手术中,LC可简化手术,降低手术风险,收到胆囊造瘘与标准胆囊切除相结合的疗效。LC主要适用于:①肝内型胆囊:胆囊与肝实质界限不清,难以分离;②术中保留胆囊床部分胆囊壁,可防止肝创面过大甚至损伤肝实质,造成难以控制的肝创面出血;③萎缩性胆囊炎:胆囊床致密粘连,强行分离会致伤肝脏,引起广泛渗血、出血;④胆囊严重萎缩变形,解剖结构难以辨清或胆囊三角致密粘连难以分离,为了避免不必要的副损伤,可保留胆囊管;⑤化脓坏疽型胆囊炎:胆囊充血,组织脆性大,分离胆囊床时极易出血、渗血;⑥炎症导致Caot三角充血水肿明显或组织致密粘连,冰冻粘连,使解剖结构不清,即使逆行法也难以分离出胆囊管甚至胆囊壶腹。此类情况,本属LC禁忌,需要中转开腹,而采用LC保留胆囊管甚至部分胆囊壶腹,切除胆囊大部分,清除病灶结石以及坏疽组织,不仅达到了预期目的,而且可避免严重并发症的发生。

如为Mirizzi综合征,胆囊壶腹或胆囊颈内结石长时间嵌顿、压迫局部引起胆管狭窄,或反复发作的胆道感染甚至胆囊胆管瘘。此病多发生在有解剖变异的基础上,长期炎症反应使肝胆三角粘连致密,局部解剖更加不清,手术极其

困难。当Calot三角分离特别困难时,可采用“胆囊底优先”的技巧,应用逆行切除法,从胆囊底部开始分离,切除大部分胆囊,取出结石,解除压迫梗阻,但仍需中转开腹。

本次研究中,腹腔镜胆囊切除术的临床治愈率为89.36%,而小切口胆囊切除术为70%,前者的有效率明显优于后者( $P < 0.05$ ),而且腹腔镜胆囊切除术创面小,术中不易导致患者出现大出血,术后恢复较快,临床治疗效果显著,值得临床推广应用。

## 参 考 文 献

- [1] 黄克伟. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术的对比研究[J]. 微创医学 2009 4(6): 662-663.
- [2] 李富国, 李全勇. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术 260 例临床分析[J]. 现代医药卫生 2008 24(20): 3089-3090.
- [3] 林 康, 池振庆, 李恒平, 等. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术的临床应用比较[J]. 中国冶金工业医学杂志 2006 23(4): 475.
- [4] 吉巍巍. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术临床分析比较[J]. 齐齐哈尔医学院学报 2009 30(14): 1704-1705.
- [5] 邱定锦, 廖广宇, 林柏林. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术临床疗效比较分析[J]. 福建医药杂志 2006 28(2): 75-76.

(收稿日期: 2012-02-17 修回日期: 2012-04-02)

## 小切口皮瓣修剪法治疗腋臭78例分析

张宁武

(武警水电第一总队医院外科,广西南宁市 530000)

【关键词】 腋臭;小切口;皮瓣修剪法

【中图分类号】 R 758.741 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2012)03-0299-02

传统腋臭手术治疗方式多为腋毛区梭形切除,或“S”形切口腋毛区部分切除加皮瓣修剪,但因术后并发症较多,且瘢痕明显,甚至影响肩关节功能,故患者多不能接受。近十年来,腋窝皱襞小切口超薄皮瓣修剪法因为疗效可靠、并发症少、术后切口隐蔽、瘢痕不明显等特点<sup>[1]</sup>,已逐渐成为腋臭治疗的主要手术方式。我院自2007年至今采用该法治疗腋臭78例,取得满意疗效,现报告如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组共78例腋臭患者,其中男24例,女54例,年龄18~44岁,均为双侧,其中6例曾行激光脱毛治疗,术后残留异味较明显并遗留轻度瘢痕;其余病例多有外用药物治疗史,由于不能根治而要求手术治疗。

#### 1.2 手术方法

1.2.1 术前准备与麻醉 术前行血常规、凝血四项、心电

图及胸部X光片等检查,女性避开经期,腋毛区备皮;患者取仰卧位,双上肢上举、肩关节外展,屈肘掌心向上枕于头下,充分暴露腋窝,超出腋毛界线1~1.5cm处用龙胆紫作一梭形标记区,碘酊固定标记线,同法在腋窝顶部沿腋窝皱襞中部顺皮纹方向标记横切口线长2~3cm,碘伏消毒铺巾单,标记区0.5%~1%利多卡因(加入1:40万盐酸肾上腺素)皮下浸润麻醉。

1.2.2 手术步骤 沿标记的切口线垂直切开皮肤达皮下脂肪浅层,用血管钳、组织剪紧贴脂肪浅层向切口周围均匀钝性加锐性分离皮瓣,剪断皮瓣与深层组织间的纤维组织,直至梭形标记范围内腋毛区皮肤与脂肪浅层完全分离,形成上下两块全厚皮瓣。在切口处提起并翻转皮瓣,直视下用精细组织剪剪除皮下颗粒状汗腺、毛囊、皮下组织及真皮深层组织,切口远侧不易翻转区域用锐利刮匙搔刮或采用盲剪法处理,直至皮瓣内侧均匀光滑无颗粒感、无皮下组织

即可,然后电凝彻底止血,皮下创面用生理盐水反复冲洗,检查无活动性出血后,用1号丝线间断缝合切口,包扎时内层敷料用纱布卷成圆筒形紧贴皮瓣区放置,用弹力绷带“8”字形加压包扎。

1.3 术后处理 患者术后肩关节制动2周,口服或静脉用抗生素3~5d,5d后拆开敷料换药,观察皮瓣情况,换药后仍予弹力绷带“8”字形加压包扎,术后10d拆线,逐步恢复肩关节活动。

## 2 结果

本组78例患者,术后随访3个月~9个月,72例患者的切口一期愈合,无并发症,切口瘢痕纤细,患者手术效果满意(92.3%);3例出现皮下血肿,经空针抽吸或拆开缝线清除血肿后,2例切口仍然一期愈合,1例出现切口边缘坏死,经局部换药处理后愈合(3.8%);3例发生切口缘部分坏死,拆线后局部换药,2~3周内愈合,顺皮纹方向轻度瘢痕形成,但肩关节活动不受限(3.8%);6例有轻度异味残留,但较术前明显减轻,患者可以接受。

## 3 讨论

腋臭俗称“狐臭”,是腋下大汗腺分泌物中产生的挥发性脂肪酸被一种特殊的链球菌感染后分解产生的恶臭难闻的气味,大汗腺位置一般较深,多在皮下脂肪层,不直接开口于皮肤表面,而在皮脂腺开口的上方开口于毛囊,在腋窝部大部分大汗腺位于腋毛区内。腋臭手术治疗方法很多,腋毛区梭形及“S”形切除后遗留瘢痕明显,且瘢痕垂直于皮纹致瘢痕挛缩而有影响肩关节活动的可能;而激光、小切口肿胀刮吸等疗法,有复发率高、疗效不确切等不足<sup>[2]</sup>;外用药物治疗仅临时去除异味,用药一次仅能维持数天。

腋臭首选手术治疗,小切口超薄皮瓣修剪法腋臭根治术的原理在于充分保留皮肤,彻底修剪毛囊及大汗腺腺体组织,以达到根治的目的。这种手术方法简便、疗效确切、瘢痕隐蔽,患者易于接受<sup>[3]</sup>。本组病例采用此术式收到良好效果。

本组病例主要并发症有术后皮瓣下血肿、切口边缘坏死感染及局部异味残留等。分析原因:①发生皮瓣下血肿者为腋毛区范围较大或皮下脂肪层较薄,特别是消瘦患者,形成皮瓣较大、术中损伤脂肪下层血管、术中止血不彻底以及术区小血管在肾上腺素作用下暂时闭合,术后反跳性出血、术后包扎不牢固及加压力度不够等,多发生于术后48h内。表现为术区渗血,患者自觉术区疼痛、压迫感。预防措

施:腋毛区范围大,在皮瓣区有可能形成死腔部位,缝合一针“扎钉”消除;消瘦型患者分离皮瓣时要尽量靠近皮肤侧,电凝止血要彻底,特别注意两极底部,包扎时应用无菌纱布均匀填塞腋窝,外用弹力绷带适度加压包扎,上臂要求制动<sup>[4]</sup>。一旦发生术后血肿要高度重视,必须立即处理,血肿较小者可用空针吸净积血然后加压包扎,血肿较大或有血块形成者需拆开缝线,清除血肿,彻底止血,重新缝合,加压包扎固定,并予止血药物。②切口边缘或部分皮瓣坏死感染,是该手术最严重的术后并发症,也是切口延期愈合和瘢痕形成的主要原因,发生原因主要是血肿形成,使皮瓣与皮下组织分离,导致皮瓣缺血坏死、术中真皮下血管网破坏过多,导致皮瓣血运障碍坏死、切口附近血供差、术中对切缘过多牵拉损伤以及术后包扎过紧等,一旦处理不及时又可造成局部感染,本组中1例血肿形成、2例切口边缘坏死都出现了局部感染征象,预防措施为术中止血彻底,术中清除大汗腺时动作轻柔,掌握好层次,避免过多损伤真皮下血管网,不可过度钳夹牵拉切口,缝合前可剪除部分切缘,术后加压包扎力度要适中。术后如果发生切口边缘或部分皮瓣坏死感染,只能拆除缝线、清除坏死组织、局部换药处理,择期行二期缝合或局部植皮。③术后异味残留,主要原因是手术剥离范围不够、大汗腺清除不彻底,部分大汗腺存在于腋毛区外,特别是腋窝两极处不易清除干净。预防措施为适当扩大剥离范围,可超出腋毛区1~1.5cm,大汗腺要彻底清除,而且一定要彻底。如术后残留异味较大、病人不能接受者,可于6个月后再在腋窝两极作小切口清除。

综上所述,采用小切口皮瓣修剪法腋臭根治术治疗腋臭,创伤小、切口隐蔽、并发症少、复发率低,值得在临床上推广运用。虽然存在一些并发症,关键在于皮瓣的处理,术中注意操作要精细,止血要彻底,避免皮瓣局部血管和组织的过度损伤,积极预防并发症,可以保证皮瓣和切口顺利愈合。

## 参 考 文 献

- [1] 杨海平,杨苏.实用美容皮肤外科技术[M].上海:第二军医大学出版社,2006:289.
- [2] 彭友林,唐有建,孙诗宾.腋臭的四种手术方法比较[J].中国美容医学,2002,11(2):110-111.
- [3] 马显杰,鲁开化,夏炜.应用掏除法治疗腋臭15例[J].中国美容医学,2001,10(5):394-395.
- [4] 郭雯,郭建辉,赵丽.腋下横纹小切口皮剪术治疗腋臭护理体会[J].中国美容医学,2010,19(12):1886.

(收稿日期:2012-02-12 修回日期:2012-03-28)