

传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭 180 例分析

杨 冬, 韩宝华

(中国人民解放军第五医院急诊科, 宁夏 银川 750004)

【摘要】 目的 探讨传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭的临床效果。方法 180 例本院门诊确诊为腋臭患者采取传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治, 手术方法以美蓝、碘酊标记腋毛区, 确定腋毛面积, 标记手术剥离范围(呈梭形), 以腋毛分布最茂密区为中心, 沿腋窝纵轴呈梭形切口, 深达皮下, 将含有汗腺的毛囊组织连同腋皮剥离下来, 移去标本(切除汗腺组织), 仔细止血, 用一根 4/0 的可吸收线做皮下缝合, 然后沿皮肤内缘“Z”字做皮内缝合, 切口中部做 3~4 针张力加强缝合, 切口加压包扎术毕。**结果** 痊愈 168 例(93.3%), 有效 12 例(6.7%)例, 12 例术后 6 个月再手术痊愈, 切口甲级愈合 172 例(95.6%), 乙级愈合 8 例(4.4%), 经切除后, 腋毛减少均在 95% 以上, 取得了良好的效果。**结论** 传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭, 是治疗腋臭的理想方法, 值得临床推广。

【关键词】 腋臭; 传统切除; 美容+间断张力缝合

【中图分类号】 R62 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)10-065-02

腋臭目前治疗方法较多, 有手术和非手术治疗, 各种治疗方法又存在许多弊端, 例如: 切口愈合后疤痕大影响美观、色素沉着、皮瓣坏死及容易复发等

不足。我科 2008 年 1 月至 2011 年 1 月收治门诊确诊为腋臭的 180 例患者, 采用传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合治疗, 取得良好的效果, 现报道如下:

作者简介: 杨 冬(1977—), 男, 宁夏银川市人, 住院医师, 本科。

3 讨论

声带肿物有良性恶性之分, 以良性居多, 良性肿物主要是声带小结、息肉、乳头状瘤等, 手术摘除是声带良性肿物最好的治疗方法^[1]。声带肿物摘除或活检目前主要是在支撑喉镜、纤维喉镜或电子喉镜下进行, 偶有在间接喉镜下进行。纤维喉镜或电子喉镜不但价格昂贵, 在基层难以普及, 而且钳夹能力有限, 仅适用于活检或较小的病变, 对于广基型或较大肿物视野小, 出血易污染镜头, 钳夹组织少, 需多次钳夹, 手术时间相对较长; 而间接喉镜下声带肿物摘除或活检, 镜面易起雾, 视野、成像差, 手术难度大, 手术欠精细, 易残留病变, 如果切除组织过多易伤声带, 术后声带易形成疤痕, 影响声带发音, 严重者出现喉痉挛、软腭损伤等意外^[2]。支撑喉镜下声带肿物摘除或活检是目前最常用的方法, 但它也有其不足: (1) 插入支撑喉镜暴露声带时易挤伤软腭, 易出现黏膜下瘀血; (2) 支撑喉镜压迫舌体、舌根时间长时, 易引起舌体麻木、伸舌偏歪; (3) 牙齿松动脱落; (4) 往往需要在全身麻醉下进行, 需要麻醉师的配合; (5) 颈项粗短、舌根过高、颈椎病变、张口受限时, 声门不易暴露; (6) 若在全麻下进行, 费用较高, 患者经济负担重。为此, 笔者根据医院实际情况, 采用内窥镜图像

处理系统下声带肿物摘除活检术, 我们的体会是: (1) 内窥镜图像处理系统价格低廉, 易于购买, 便于在基层医院推广; (2) 表面麻醉下进行, 患者清醒, 配合好, 操作方法简单, 容易掌握; (3) 内窥镜图像处理系统监视下进行, 可放大病变部位, 视野清晰, 定位准确, 分辨率高, 手术精细, 精确度高, 声带损伤小; (4) 良好的光源能满足喉腔手术照明要求; (5) 患者在清醒状态下进行, 减少全身麻醉可能出现的风险; (6) 表面麻醉彻底, 患者充分合作, 是手术成功的关键; (7) 不合作者、咽反射过于敏感者、会厌上举困难者、声带肿物过小过大者不宜采用此术式, 需要改用其他术式。

总之, 内窥镜图像处理系统表麻下声带肿物摘除活检术操作简单、视野清晰、定位准确、治愈率高、并发症少, 值得在基层医院推广应用。

参考文献

[1] 王耀洪, 汤素琴, 钟玉红. 电子喉镜与支撑喉镜治疗声带良性肿物的疗效[J]. 实用医学杂志, 2007, 18(9): 2875-2876.
[2] 关国能, 郭哲宁, 何广明. 支撑喉镜下声带肿物切除术治疗声带肿物 35 例临床体会[J]. 海南医学, 2010, 21(20): 92-93.
[3] 朱友莲, 谢 瑞. 鼻内窥镜支撑喉镜下声带手术 54 例临床分析[J]. 赣南医学院学报, 2010, 30(2): 274-274.

(收稿日期: 2011-12-29)

1 资料与方法

1.1 一般资料 180例均为本院门诊确诊为腋臭患者,其中男性75例,女性105例,年龄18~40岁,平均25岁,其中162例未作任何治疗,10例曾接受二氧化碳激光,8例接受小切口刮除术治疗。

1.2 手术方法 术前常规检查血常规及出凝血时间、备皮,以美蓝、碘酊标记腋毛区,确定腋毛面积,标记手术剥离范围(呈梭形)。患者取仰卧位,上肢外展上举,手掌向上置于头后枕部,充分暴露术区,常规消毒,铺无菌手术巾单,以1%利多卡因行局部浸润麻醉,麻醉成功后,以腋毛分布最茂密区为中心,沿腋窝纵轴(标记手术剥离范围)呈梭形切口(其中切口最宽不超过5 cm),深达皮下,将含有汗腺的毛囊组织连同腋皮剥离下来,移去标本(切除汗腺组织),仔细止血,确定切口无活动性出血后,用一根4/0的可吸收线做皮下缝合,然后沿皮肤内缘“Z”字做皮内缝合^[1-2]。切口中部做3~4针张力加强缝合,切口局部加压包扎,术后嘱咐患者尽量上肢减少活动。在口服抗生素预防感染的同时术后3 d每天换药一次,局部加压包扎后,改为3 d换药一次,术后2周拆除加强针线,随访观察。

1.3 疗效评定标准 痊愈:腋臭味完全消失,切口平整,切口I/甲级愈合,患者满意;有效:腋臭味明显减轻,切口较平整,切口I/乙愈合,患者较满意;无效:腋臭味减轻不明显,切口不平整,疤痕,切口I/丙级愈合,患者不满意。

2 结果

痊愈168例(93.3%),有效12例(6.7%)例,12例术后6个月再手术痊愈。切口甲级愈合172例(95.6%),乙级愈合8例(4.4%)。术后随访1~2年,未发现复发,部分患者上肢抬举功能轻度受限,术后6个月通过锻炼恢复正常。

3 讨论

腋臭俗称“狐臭”,与遗传有关,为显性遗传,目前倾向于认为由腋下大汗腺产生分泌物排出体外后,经细菌分解后产生不饱和脂肪酸而产生异味^[3]。该病与种族差异、性别有关,黑种人和白种人多于黄种人,女性多于男性。由于大汗腺到青春才开始发育,老年时逐渐减退,所以腋臭主要见于青壮年,给患者的社交、学习带来很大的不便,造成严重的心理负担。

目前治疗腋臭方法较多,有非手术治疗和手术治疗,前者主要包括药物治疗及物理治疗(激光治和微波治疗)^[4-5],在短期内可取得一定的疗效,但是疗效相对不稳定,未能直接破坏腺体及排泄管。手术是唯一

有效根治的方法,小切口刮除术,疤痕虽小,但不能有效的切除,容易复发;腋臭梭形切除“Z”成形手术疗效虽好^[6],但常导致明显疤痕形成,影响美观;腋横纹小切口治疗腋臭疗效肯定、疤痕小^[7],但是术后容易出现皮瓣坏死、切口内积液、切口感染等^[8]。

本院采用传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭,传统方法切除腋臭虽创伤大,许多患者很难接受,但是此手术方法治疗比较彻底,复发率低,再结合现代美容缝合+间断张力缝合技术,可以弥补上述不足,切口疤痕小,愈合美观。本组180例患者采用上述治疗方法,痊愈168例(93.3%),有效12例(6.7%)例,12例术后6个月再手术痊愈,未发生严重的手术并发症,取得了良好的效果。手术成功的关键在于:术前充分标记汗腺毛囊组织,确定切除范围,根据胡启翔等^[9]通过对腋臭患者切去的标本进行病理切片发现,越靠近中心区域,大汗腺分布越密集,越向周边越稀少,传统手术方法以腋毛分布最茂密区为中心,可以彻底切除。术中操作精细,彻底止血;术后减少上臂活动,防止继发感染及切口裂开,对于曾经接受激光或小切口治疗术后复发的患者也适用本方法,本组18例患者取得了良好效果。统计女性治愈率远远高于男性,原因为女性患者腋毛分布窄,可完整切除。采用传统腋臭切除结合美容+间断张力缝合根治腋臭可切除彻底,切口美观,复发率低,即美观,又保证疗效,故此手术方法值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 郑莉,王兆太,文汇,美容缝合手术切口256例体会[J]. 山东医药, 2005, 45(9): 63-64.
- [2] 张璟,美容缝合的介绍[J]. 中国美容整形外科杂志, 2007, 18(6): 407.
- [3] 杨亚东,黄应霞,鲁元刚,等. 单纯大汗腺清除术治疗腋臭368例回顾性研究[J]. 重庆医学, 2008, 37(5): 518-519.
- [4] 陶世先,张文红,金岚,等. ULTRAPULSE激光治疗96例腋臭[J]. 重庆医学, 2002, 31(11): 1132.
- [5] 苏建英,田群,微波与电离子治疗腋臭60例临床疗效[J]. 海南医学, 2002, 13(10): 72-73.
- [6] 敬梁渝,王艺颖. 梭形切除Z成形手术与激光治疗腋臭疗效及并发症比较[J]. 西南军医, 2010, 1: 17-18.
- [7] 李志峰,季向阳,陈建新. 腋横纹小切口腋臭根治术要点及并发症的预防[J]. 海南医学, 2010, 21(22): 110-111.
- [8] 许澎,谭谦,吴杰,等. 小切口顶泌汗腺清除手术治疗腋臭症的并发症分析[J]. 中国美容医学, 2009, 18(5): 614-616.
- [9] 胡启翔,王慧英,张健,等. 腋臭大汗腺分布范围的病理组织学观察分析[J]. 中国美容医学, 2009, 18(4): 555.

(收稿日期2011-12-12)