500 – 503.
[2] 胡勇, 杨述华, 徐荣明, 等. 国人寰椎定量解剖研究及螺钉置入的安全性探讨[J]. 中国骨伤, 2007, 20(10): 679 – 683.
[3] Tan M, Wang H, Wang Y, *et al*. Morphometric evaluation of screw fixation in atlas via posterior arch and lateral mass[J]. Spine, 2003, 28(9): 888 – 895.
[4] Goel A, Kulkarni A G. Mobile and reducible atlantoaxial dislocation in presence of occipitalized atlas: report on treatment of eight cases by direct lateral mass plate and screw fixation [J]. Spine, 2004, 29(22): E520 – E523.
[5] Lee M J, Cassinelli E, Riew K D. The feasibility of inserting atlas lateral mass screws via the posterior arch[J]. Spine, 2006, 31(24): 2798 – 2801.
[6] 曹正霖, 钟世镇, 徐达传. 寰枢椎的解剖学测量及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 2000, 18(4): 299 – 301.
[7] 尹庆水, 刘景发, 等。颅脊交界外科手术学[M]. 2007, 312.

(**收稿**:2009-07-14;**修回**:2009-09-07)
(编辑 王小寒)

文章编号:1000-5404(2010)04-0401-01

个案与短篇

顶泌汗腺修剪结合电离子治疗腋臭的疗效观察

谷 琪,周信荣,陈 康 (563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院美容医院外科)

[关键词] 腋臭;顶泌汗腺;电离子
[中图法分类号] R758.741 **[文献标志码]** B

腋臭临床的一种常见的皮肤汗腺疾病[1],好发于青壮年,给患者带来许多不便,严重者影响患者的社交,造成一定的心理负担。我科自2003年9月至2006年10月,收治腋臭患者280例。分别应用小切口皮下修剪顶泌汗腺术治疗和小切口修剪顶泌汗腺的基础上结合电离子烧灼残留顶泌汗腺术两种方法治疗,比较两者的术后疗效,探求一种能够彻底根治腋臭,同时术后切口隐蔽、瘢痕不明显的手术方法。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

应用皮下顶泌汗腺剪除治疗组(A组)为112例,男性25例,女性87例;应用皮下顶泌汗腺剪除结合电离子烧灼治疗组(B组)为168例,男性64例,女性104例。两组年龄均为19~45岁。均为双侧发病。

1.2 手术方法

两组患者取仰卧位,充分暴露腋区,于中部皮肤皱褶作长1~2 cm的皮肤切口。用0.5%盐酸利多卡因肿胀麻醉液(含1∶20万肾上腺素)每侧40~50 ml,在术区皮下至浅筋膜作逐层浸润局部肿胀麻醉,将术区充分肿胀麻醉,局部组织呈肿胀、发硬,腋窝凹陷转为变平坦。

A组沿切口线切开,深度达皮下脂肪浅层,用组织剪分离腋毛区皮下组织至边缘处,翻转皮肤后,见真皮下红褐色颗粒状的顶泌汗腺组织,在直视下彻底剪除附于皮肤上顶泌汗腺组织及部分脂肪等组织,使手术区成为保留真皮下血管网的全厚皮肤。B组按照上述方法去除顶泌汗腺后,用高频电离子手术治疗仪,输出功率为5~10 W,选择短火,将皮肤上的呈粟粒状的毛囊和顶泌汗腺残端逐一电灼破坏,烧灼停留时间约为1 s,深度仅将残留顶泌汗腺组织去除为宜。烧灼过程中可闻及明显的腋臭臭味。两组患者充分止血后,均用含氯霉素的冲洗液清洗皮下腔隙,观察无活动性出血后用3-0丝线间断缝合切口皮肤,然后沿术区边缘用4号线作"十"字加压打包。术后穿特制的腋臭衣或进行"8"字绷带加压术区。

1.3 统计学处理

采用SPSS 13.0统计软件,计数资料行χ^2检验。

2 结果

两组患者术后切口瘢痕均隐蔽、细小,无肩关节活动受限,腋毛明显减少,部分患者术后早期有不同程度术区皮肤色素沉着、术区感觉减退,3个月后完全恢复。

腋臭气味判断:两组患者术后经6~12个月的随访,根据梁勇才[2]和KIM的棉棒法[3]改进来判断术后效果,将术后疗效分3级,患者由2名医生和1名护士或家属距离随访患者暴露的腋窝分别闻残存气味后判断:10 cm内闻不到气味为治愈;10~30 cm内可闻到为好转;30 cm外可以闻到为无效。有效率=治愈率+好转率,见表1。

表1 2组治疗后疗效比较

	治愈	好转	无效
A组	27(24.11%)	51(45.53%)	34(30.36%)
B组	98(58.33%)	53(31.55%)	17(10.12%)

经χ^2检验,皮下大汗腺剪除治疗组与皮下大汗腺剪除结合电离子烧灼治疗组两者之间差异有统计学意义($\chi^2=38.285$, $P<0.01$)。

3 讨论

腋臭症俗称"狐臭",是由腋窝顶泌汗腺产生的分泌物中的有机物与局部细菌发生作用,产生不饱和脂肪酸及氨类物质,从而在腋部产生特殊臭味的一种病症[1]。目前治疗腋臭的方法有很多。主要是非手术治疗和手术治疗。非手术治疗能够有一定的治疗效果,但是常会有复发的现象对轻度腋臭有一定效果,但易反复,治疗不彻底[4]。根据实验研究发现,腋臭患者的顶泌汗腺分布的位置较深,腺体较大,手术治疗目前是唯一能彻底治疗腋臭的可靠方法。手术方法经多年发展,术式不一,各有优缺点[5]。

(下转406页)

[通信作者] 谷 琪,电话:(0852)8608594,E-mail:guqi33@sina.com

管瘘患者,不能耐受或者不愿意接受外科手术治疗、或者内科保守治疗不佳的患者,包括已经进行了食管带膜支架置入术的患者。以下几种情况需谨慎对待:①严重肺部感染并低氧血症者。②未控制的心律失常,尤其是室性心律失常伴心功能不全者暂不宜手术。③有出血倾向的患者。④有气管纵隔瘘合并有纵隔感染或者纵隔气肿的患者暂不宜进行支架置入。⑤全身衰竭的患者。

3.2 选择合适的支架

支架的选择是治疗成功的关键。支架过短不能覆盖瘘口,由于覆膜支架不利于排痰,如果支架过长会使肺内分泌物排出更困难造成远期预后不良[2];支架内径偏小容易出现支架移位,内径偏大又会对气管壁产生过大的压力造成局部损伤,甚至发生大咯血或新的瘘口。根据瘘口所在气管内径选择支架的内径,一般支架内径与气管内径的比例为1∶1.1~1∶1.3之间,由于瘘口常呈不规则形状且与气管纵向方向不一致,故应测量瘘口在气管纵向方向上的最长距离为瘘口长度,根据这个长度来确认支架的最短长度,但支架的实际长度应长于瘘口病变部位上、下至少各1.0 cm。

3.3 支架置入操作要点

置入支架要注意以下几点:①术前气道充分麻醉,必要时肌注安定,用利多卡因环甲膜穿刺麻醉。②若气道有狭窄需先行微波烧灼解除部分狭窄,需保证置入器能够通过。③插入导丝时助手应在患者鼻部帮助固定导丝体外部分防止导丝脱出。

3.4 定期复查

定期复查是为了防治支架置入后所带来的并发症,评估支架置入的疗效和安全性。支架置入近期并发症是指支架置入后2周内出现刺激性咳嗽、胸痛、少量咯血、排痰困难,与支架对气道黏膜的刺激、对管腔的扩张、对病变组织的损伤以及影响排痰有关[3]。近期并发症还包括支架移位、气胸、支架扩张不全等少见的现象[4],临床上应该及时处理,必要时需注入冷盐水使支架缩小后取出。远期并发症包括肿瘤或炎性肉芽增生[5]、分泌物积聚引起的支架内阻塞,和肿瘤进一步发展导致新的瘘口的形成。这都需要进行纤维支气管镜下微波烧灼、局部姑息放疗、肺泡灌洗治疗或再次支架置入治疗。最严重的远期并发症是突发性气道大出血,会因窒息而很快致死,出血原因可能与支气管壁穿孔损伤大血管或支架金属丝对气道周围大血管的侵蚀破坏有关。

总之纤维支气管镜引导下覆膜气道支架置入是治疗各种肿瘤性食管气管瘘的一种较为安全、有效的方法,能够提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 徐昌文, 吴传芳, 孙燕, 等. 肺癌[M]. 上海: 科学技术出版社, 1993: 220.

[2] Chin C S, Litle V, Yun J, *et al*. Airway stents[J]. Ann Thorac Surg, 2008, 85(2): S792-S796.

[3] Yerushalmi R, Fenig E, Shitrit D, *et al*. Endobronchial stent for malignant airway obstructions[J]. Isr Med Assoc J, 2006, 8(9): 615-617.

[4] Madden B P, Loke T K, Sheth A C. Do expandable metallic airway stents have a role in the management of patients with benign tracheobronchial disease? [J]. Ann Thorac Surg, 2006, 82(1): 274-278.

[5] Kapoor B S, May B, Panu N, *et al*. Endobronchial stent placement for the management of airway complications after lung transplantation[J]. J Vasc Interv Radiol, 2007, 18(5): 629-632.

(**收稿**:2009-08-31;**修回**:2009-10-16)

(编辑 吴培红)

(上接401页)

顶泌汗腺分为分泌部和排泄部,分泌部主要分布在皮下层,排泄部由汗腺管经真皮开口于毛囊临出口附近[1]。皮下顶泌汗腺剪除治疗组患者在直视下修剪顶泌汗腺,应该得到完全的疗效,但有效率仅达69.64%。B组结合电离子进一步破坏顶泌汗腺残端及毛囊,有效率达到89.88%。廖农等[6]曾将修剪过的皮肤组织送病检,证实有顶泌汗腺残留。贺丁辉[7]报道皮下组织中被剪的毛囊及顶泌汗腺在2~3个月能恢复生长功能。因此A组疗效低于B组的原因考虑有二:①为了避免术后皮肤的血运障碍,手术中我们只将皮下的顶泌汗腺和部分脂肪组织去除,没有进一步剪除毛囊和顶泌汗腺的残端,造成修剪不干净;②修剪过的顶泌汗腺有分泌部残留,残留部分还能分泌汗液产生臭味,只要还有异味存在,哪怕很轻微,患者也不满意。在修剪皮肤上的顶泌汗腺后应用电离子进行烧灼,能闻到明显的腋臭的臭味,进一步证明修剪后仍有顶泌汗腺的残留。因此我们采用修剪顶泌汗腺结合电离子治疗腋臭与单纯的皮下修剪相比,不仅能将顶泌汗腺的分泌部和排泄部彻底清除干净,同时也能保证手术切口细小、隐蔽,具有美容的效果,是一种有效提高腋臭疗效的简单、实用、值得推广的腋臭手术根治方法。

注意事项:①用电离子烧灼残留的毛囊和顶泌汗腺时,将突出皮肤的残断烧灼干净即可,不能持续电灼,否则会导致皮肤坏死。②由于腋臭剥离术皮下分离的范围较大,皮肤的成活依赖于真皮下血管网以及与被分离的皮下脂肪迅速建立血管系统,以获得足够的营养并及时排除代谢产物而得以成活。故术后打包加压包扎和1周内上肢制动防止皮肤坏死。③对于18岁以下的青春期患者,由于顶泌汗腺还处于生长阶段,故不用手术治疗,建议先行外用药物或物理治疗,待发育成熟后再行手术治疗。

参考文献:

[1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 170-171.

[2] 梁勇才. 实用皮肤病诊疗全书[M]. 北京: 学苑出版社, 1996: 989-992.

[3] Kim I H, Seo S L, Oh C H. Minimally invasive surgery for axillary osmidrosis: combined operation with CO2 laser and subcutaneous tissue remover[J]. Dermatol Surg, 1999, 25(11): 875-879.

[4] 刘光明. 消痔灵注射液治疗腋臭38例疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(3): 80.

[5] 毛守奎, 邓印. 顺沿腋皱纹改良切口腋臭根治术[J]. 中华医学美学美容杂志, 2006, 12(3): 181-182.

[6] 廖农, 邓惠群, 耿丽. 皮瓣结合高频电刀电灼治疗腋臭[J]. 中国美容医学, 2006, 15(7): 831-832.

[7] 贺丁辉. 中长切口皮下剥离术治疗腋臭[J]. 中华整形外科杂志, 2004, 20(3): 238.

(**收稿**:2009-11-23;**修回**:2009-12-28)

(编辑 王 红)