维普资讯 http://www.cqvip.com

less invasive stabilization system for the intemal fixation of distal femur fractures[J]. J Orthop Trauma, 2001, 15(7):482 -487.

[14] Gosling T, Schandelmaier P, Marti A, et al. Less invasive stabilization of complex tibial plateau fractures: a biomechanical evaluation of a unilateral locked screw plate and double plating[J]. J Orthop Trauma, 2004, 8(8):546 -551.

[15] Schiutz M, Muller M, Krettek C, et al. Minimally invasive fracture stabilization of distal femoml flractures with the LISS: a prospective multicenter study results of a clinical study with special emphasis on difficult cases[J]. Injury, 2001, 32(Suppl 3):48 -54.

[16] Backman D, Uhthoff H, Poitras P, et al. Mechanical performance of a fracture plate incorporating bioresorbable inserts[J]. J Bone Joint Surg Proceed Br, 2004, 86(Suppl):300.

(编辑:蒋登金)

切口脂肪液化62例诊治体会

邓 光,胡东升,周俊强,蔺常瑞 (新疆农七师医院普通外科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 脂肪液化;切口;诊治
[中图分类号] R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0057-01

切口脂肪液化是外科手术后较少见的一种并发症,但随着高频电刀的广泛使用和肥胖人群的增加,近年来其发生率出现了增长趋势。我院自2000年3月至2006年12月共诊治切口脂肪液化患者62例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者62例,其中男25例,女37例,年龄24岁~68岁。胆囊切除术11例,阑尾切除术14例,胃大部切除术9例,直肠癌根治术17例,乳腺癌根治术11例。病人多数较肥胖,切口下脂肪厚度为4~9 cm。本组患者19例合并糖尿病。病人术后3~9 d切口敷料见黄色渗液,换药时可见局部渗液或皮下层触压有空虚、分离感,可抽出较多混有脂肪滴的淡黄色液体。切口愈合不良,细菌培养结果阴性。

1.2 治疗方法

对切口有少量渗液,表皮未裂开,液化范围小且浅表者,一般不拆除缝线。可由两边向中央挤压切口,将皮下渗液尽可能排出后外敷酒精或碘伏纱条。多数病人经3~4 d换药后可按期拆线。对于切口渗出较多,愈合不良者,根据情况将液化明显处拆除1~2针缝线,予生理盐水冲洗创面,换用干纱条引流,及时更换敷料。待无渗液后,用蝶型胶布固定对合创口,消灭死腔,3~5 d后换药,一般可愈合。对切口皮下分离、全层裂开者,予以拆除缝线,充分引流、清创,放置盐水纱条引流,敷料浸湿后及时更换,待新鲜肉芽组织生长、水肿消退后全层缝合。

2 结果

本组62例病人切口均于术后8~15 d愈合。

3 讨论

目前,对于切口脂肪液化的诊断尚无统一标准,本病多有以下临床表现:①术后3~9 d有黄色液体渗出,或挤压切口后局部流出黄色渗液,不伴切口红肿、发热。②切口愈合不良,皮下组织分离,穿刺或撑开切口可见淡黄色含脂肪滴的渗液。③切口边缘及皮下组织无坏死征象。④血常规、白细胞计数正常,培养无细菌生长。⑤过度肥胖病人诉切口疼痛,缝线孔流出淡黄色渗液,体温及局部皮温正常,穿刺抽出黄色液体或彩超检查探及皮下有积液。

切口脂肪液化常见的病因有:①患者体型肥胖,皮下脂肪层厚。②患者合并有糖尿病、高血压、低蛋白血症及冠心病等。③术中高频电刀使用不当,切口暴露时间过长,脂肪组织脱水。④切口过小,为暴露组织来回拉钩,牵拉挤压脂肪组织,使之缺血、坏死。⑤术中止血不彻底,渗血、血肿形成或大块组织结扎止血。⑥缝合时错位或留有死腔,脂肪层与肌鞘层过度分离。⑦打结过紧使皮下组织血供障碍,或打结过松使脂肪组织间留有空隙,渗液易积存。

为预防术后切口脂肪液化,应注意术前积极控制感染,将血压、血糖控制在适宜范围,纠正贫血及低蛋白血症,术后行必要的抗感染及营养支持治疗。合理使用高频电刀,避免损伤真皮层,避免电刀长时间停留或反复切割,止血要彻底。注意保护手术切口,避免长时间暴露,手术操作应轻柔,避免反复移动拉钩,减少对组织的压迫。缝线不可反复消毒使用,缝合打结松紧适宜,切口术后局部沙袋加压,减少死腔,促进愈合。术后及时换药,仔细检查,尽早发现问题并及时处理。

(编辑:雷 艳)

[收稿日期] 2007-10-04 [修回日期] 2007-11-02