

大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响

张 娟, 王大伟, 赵林栋, 史四季

(焦作市人民医院皮肤烧伤整形外科, 河南 焦作 464000)

【摘要】 目的 探讨大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响。**方法** 选取2018年7月至2019年10月某医院收治的80例腋臭患者, 随机分为A组(40例)和B组(40例)。A组采用大汗腺修剪术治疗, B组采用小切口微创搔刮术治疗, 比较两组术后创面美学、并发症发生率。**结果** B组术后创面美学效果优率高于A组, 良率低于A组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 两组创面美学差率对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); B组并发症发生率(5.00%)低于A组(20.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 与大汗腺修剪术相比, 腋臭患者采用小切口微创搔刮术治疗术后创面美学效果较优, 且术后并发症少, 值得临床推广。

【关键词】 腋臭; 大汗腺修剪术; 小切口微创搔刮术; 创面美学效果; 并发症发生率

中图分类号: R322.99; R758.74⁺1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.061

腋臭是皮肤科常见病, 其是腋窝处皮下大汗腺产生的分泌物经皮肤表面细菌分解, 产生一种难闻的臭味, 严重影响患者日常工作、人际交往, 患者易产生较重心理负担^[1]。目前, 临床治疗方式多样, 其中手术是治疗的有效方式之一, 为了选择有效治疗方式, 本研究探讨大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年7月至2019年10月本院收治的80例腋臭患者, 经医学伦理委员会批准, 随机分为A组(40例)和B组(40例)。A组中男19例, 女21例, 年龄(18~42)岁, 平均年龄(27.89±5.13)岁, 腋臭分级: 2级28例, 3级12例; B组中男18例, 女22例, 年龄(18~41)岁, 平均年龄(27.68±5.10)岁, 腋臭分级: 2级27例, 3级13例。统计学比较上述两组基本资料, 差异无意义($P > 0.05$), 研究具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准: ①均符合腋臭诊断标准^[2]; ②患者认知功能正常; ③患者均知情本研究并签署同意书。排除标准: ①合并严重瘢痕体质者; ②凝血功能障碍者; ③患有精神疾病者。

1.3 方法 A组采用大汗腺修剪术治疗: 患者呈平卧位, 上肢向头部伸举, 充分暴露腋窝, 术前使用龙胆紫标记腋毛分布范围、切口部位, 皮下剥离区域向外扩展0.5cm左右, 手术区域使用0.5%利多卡因行局部浸润麻醉, 促使术区肿胀, 利于剥离止血。随后沿腋下皱襞线做(1.5~2)cm的平行切口, 使用剪刀沿皮下浅筋膜层, 剥离标记区域皮瓣, 将皮瓣外翻后, 充分暴露皮瓣下组织, 直视下剪除皮瓣内面真皮层下的大汗腺、毛囊、脂肪组织, 注意保留皮下血管网。术后使用稀释后的碘伏冲洗皮下, 如有渗血使用电凝止血, 在腋窝体侧端置入引流管, 随后间断缝合伤口, 并使用纱

布填塞腋窝, 使用弹性绷带行加压包扎处理, 固定7d, 术后3d去除引流管, 术后10d拆线。B组采用小切口微创搔刮术治疗: 患者呈平卧位, 上肢向头部伸举, 充分暴露腋窝, 标记范围内行局部浸润麻醉后, 沿上臂内侧靠近腋毛部位的皮肤皱褶切1cm的切口, 使用剥离子在皮肤、皮下脂肪间向四周钝锐性分离, 直至标记线, 使用腋臭刮匙从洞腔上缘至下反复搔刮皮瓣内面, 直至皮瓣内面平整, 皮瓣厚度大约(0.1~0.2)cm, 残留毛根直接拔出, 经切口查看, 无脂肪球、腺体附着即可。最后冲洗创面, 行弹力带加压包扎处理, 术后3d、5d常规换药, 术后7d拆线。

1.4 观察指标 观察两组术后创面美学效果, 优: 术后患者皮瓣无坏死、糜烂, 创面在(7~10)d愈合; 良: 皮瓣无全层坏死, 糜烂表皮 $< 3\text{cm}^2$, 创面(14~21)d愈合; 差: 皮瓣有坏死, 糜烂表皮面积较大, 创面于21d后愈合。术后观察两组是否出现切口感染、切口血肿、皮瓣坏死等不良反应发生。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件, 计数资料以率表示, 用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后创面美学效果 B组术后创面美学效果优的百分率高于A组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组术后创面美学效果(n, %)

组别	优	良	差
A组(n=40)	31(77.50)	8(20.00)	1(2.50)
B组(n=40)	38(95.00)	2(5.00)	0(0.00)
χ^2	5.165	4.114	0.000
P	0.023	0.043	1.000

2.2 并发症发生率 B组并发症发生率低于A组, 差

异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组术后并发症发生率 ($n, \%$)

组别	切口感染	切口血肿	皮瓣坏死	总发生率
A 组 ($n=40$)	5 (12.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	8 (20.00)
B 组 ($n=40$)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.00)

注: $\chi^2=4.114, P < 0.05$ 。

3 讨论

有研究显示, 腋臭发病机制可能与肾上腺素能交感神经兴奋、遗传等因素有关, 导致其腋窝处大汗腺数量增多、皮肤分泌功能出现异常, 分泌物沉积于皮肤, 产生不饱和脂肪酸, 经皮肤表面细菌分解, 进而发出臭味。

本研究结果显示, B 组术后创面美学效果优率高于 A 组, 并发症发生率低于 A 组, 提示小切口微创搔刮术治疗腋臭术后创面美学效果较好, 并发症少。分析原因在于, 大汗腺修剪术是通过切开腋下皮瓣组织并翻转, 在直视下对其大汗腺进行剪除的术式, 可有效清除汗腺组织, 减少异味散发; 但该手术进行时, 易破坏皮下血管网, 修剪时产生的钝性拉扯可导致术后出现皮瓣坏死、血肿、切口感染等并发症^[3、4]。小切口

微创搔刮术直接搔刮大汗腺, 因其手术切口较小, 对局部组织损伤少, 故患者术后瘢痕较轻, 创面美化效果较好, 术后并发症发生率较小; 但该手术是在直视下进行, 当患者汗腺范围较大时, 可能无法有效全部清除, 导致患者术后可能会复发^[5]。上述两种手术均是微创术式, 手术简单、操作方便, 可供不同人群选择, 对腋臭程度较轻、追求美学效果的患者可考虑采用小切口微创搔刮术; 对腋臭严重者, 可首选大汗腺修剪术。

综上所述, 与大汗腺修剪术相比, 腋臭患者采用小切口微创搔刮术治疗术后创面美学效果较优, 且术后并发症少, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 徐火旺. 小切口大汗腺修剪术治疗腋臭的效果观察 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2015, 26(7): 419-420.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1904-1906.
- [3] 贾瑜, 栾兴玉, 吴音, 等. 小切口结合微孔引流手术治疗腋臭 86 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2017, 31(8): 916-917.
- [4] 徐海. 肿胀麻醉下小切口大汗腺清除术治疗腋臭临床研究 [J]. 河北医学, 2016, 22(11): 1872-1874.
- [5] 方高丰, 仇佩庆, 潘孙峰, 等. 3 种微创手术治疗腋臭的效果比较 [J]. 浙江医学, 2019, 41(15): 1647-1649.

(上接第 452 页)

参考文献:

- [1] 李小燕, 聂磊. 卤米松乳膏联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗神经性皮炎 [J]. 河南大学学报 (医学版), 2018, 37(1): 59-61.
- [2] 苏春志. 卤米松乳膏治疗神经性皮炎和慢性湿疹 49 例疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(16): 115-116.
- [3] 童双礼. 卤米松乳膏结合包封处理治疗神经性皮炎和慢性湿疹的效果分析 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(2): 26-28.
- [4] 莫伟英. 卤米松乳膏对神经性皮炎和慢性湿疹的疗效观察 [J]. 北方药学, 2019, 16(9): 79-80.

- [5] 陈昕, 杨瑞勇. 小针刀闭合松解术治疗神经性皮炎 [J]. 中医学报, 2019, 34(12): 2669-2673.
- [6] 杜军波, 裴广德, 杜金锋, 等. 复方丙酸氯倍他索软膏联合卡泊三醇软膏治疗神经性皮炎疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(3): 414-415.
- [7] 朱烨, 杨小林, 肖东. 消风止痒汤联合姜膏治疗神经性皮炎的临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(4): 354-356.
- [8] 蔡华, 王俊玲, 张楚怡, 等. 卡泊三醇软膏联合氟芬那酸丁酯软膏治疗神经性皮炎和慢性湿疹疗效观察 [J]. 黑龙江医药, 2019, 32(5): 1024-1026.