

剖宫产术后腹部切口脂肪液化的防治

贺小丽

(江西省萍乡市湘东区人民医院 萍乡 337000)

关键词:腹部切口脂肪液化;剖宫产术后;预防;治疗

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.047

近年来,随着人们生活水平的提高,巨大儿、肥胖引起的剖宫产率也逐年上升,由于肥胖导致剖宫产切口脂肪液化的发生率日趋增多。腹部切口脂肪液化虽不是化脓感染,却延长了伤口愈合时间,给患者精神上带来痛苦,也加重了经济负担,因此手术切口愈合情况是医患双方都很关心的问题。本文报道我院自 1998~2010 年剖宫产术后发生切口脂肪液化 30 例,分析腹部切口发生脂肪液化的原因,并提出治疗和预防措施。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例,年龄 20~37 岁,均为剖宫产术后患者。其中手术指征巨大儿、头盆不称 8 例,胎儿宫内窘迫 10 例,骨盆狭窄 1 例,活跃期停滞 2 例,子痫前期重度 3 例,社会因素 3 例,前置胎盘 2 例,糖尿病 1 例。均为肥胖病人,皮下脂肪厚度 5~10 cm。

1.2 临床表现 所有病人手术后 4~7 d 切口出现较多黄色渗液,内混有少许脂肪滴和坏死组织,切口边缘无红肿热痛,切口愈合不良。渗出液涂片镜检见较多脂肪滴,连续 3 次培养无细菌生长。

1.3 治疗 根据切口渗液情况,将病人分为三组。A 组(8 例):切口渗液少,部分愈合不良,采用部分拆线,每日换药挤压切口至渗液流出后用红外线照射伤口,不置引流条,加压包扎,每日 2 次,直至切口愈合。B 组(14 例):切口有大量渗出液,全层不愈合,拆线后常规将切口充分暴露,清创,定时换药,局部用双氧水、庆大霉素、生理盐水冲洗,换药 2~3 d 后创面组织新鲜、局部渗液减少后,用无菌纱布擦干,倒入白面糖填满切口,胶布剪成蝶形,尽量使切缘对合,7 d 拆除蝶形胶布。C 组(8 例):切口大量渗液,全层均不愈合,皮下组织游离,拆除全部缝线,用高渗盐水清洗伤口,硫酸庆大霉素纱条引流,每天 2 次,至切口肉芽组织新鲜后行二期缝合。三组患者均口服抗生素预防感染。

1.4 结果 A 组病人切口均于术后 10~15 d 愈合,无需二期缝合。B 组病人切口治疗 4~6 d,术后 16~20 d 愈合。C 组病人切口换药 3~5 d 后行二期缝合,愈合时间 15~20 d。B 组和 C 组相比差异无统计

学意义($P>0.05$),但住院费用 B 组比 C 组少 500 元左右。三组均未出现细菌感染。

2 讨论

2.1 脂肪液化发生机制 脂肪组织因局部血液循环障碍易发生氧化分解反应,引起非细菌性炎症,发生脂肪液化,如患者肥胖、高频电刀的高温热凝固、吸烟、基础疾病、手术操作不当均可致脂肪液化。对于切口脂肪液化的诊断,目前尚无统一标准。一般认为有以下表现者可诊断脂肪液化:(1)多发生在术后 4~7 d,大部分患者除切口有较多渗液外,无其他自觉症状;部分患者于常规检查切口时发现敷料上有黄色渗液,按压切口皮下有较多渗液。(2)切口愈合不良,皮下组织游离,渗液中可见飘浮的脂肪滴。(3)切口无红肿压痛,切口边缘及皮下组织无坏死现象。(4)渗出液涂片镜检,可见大量脂肪滴,连续 3 次培养均无细菌生长^[1]。也有作者认为出现下列情况可视为异常,术后 3~7 d 切口出现较多渗液,无自觉症状,无切口明显红肿、压痛,无广泛边缘皮下组织坏死征象,体温低于 38.4℃^[2]。

2.2 术后脂肪液化的原因 (1)不注意保护切口,羊水渗入脂肪组织,暴露时间长,过度牵拉损伤使脂肪组织氧化分解,发生液化。(2)皮下脂肪厚,术后脂肪反复切割、钳夹、挤压等,使脂肪组织发生缺血、变性坏死,产生较多脂肪渗液,影响愈合。(3)止血不全、渗血、血肿形成或造成死腔,致脂肪液化坏死。(4)脂肪过厚,血循环差,渗出多。(5)缝线骑跨脂肪过多切割组织形成死腔,结扎线过紧造成组织缺血,引起无菌性坏死。(6)渗液液化通过缝线间隙渗出而积聚于皮下,使切口局部肿胀。(7)术中或术后消毒时酒精进入切口,使脂肪组织破坏。(8)术中应用化疗药物污染伤口,缝线、线结异物排斥,也可能导致脂肪液化。(9)高频电刀的广泛使用,可能使脂肪组织浅表性损伤、变性,还可使脂肪组织内的毛细血管凝固而栓塞,进一步影响血供。(10)各种原因致腹压增高,使切口处于一种不稳定状态。

2.3 切口脂肪液化的预防 (1)皮肤切口不宜过小,尤其是肥胖病人,切口要过长。(2)术前术后要注意纠正病人的贫血、低蛋白血症。(3)缝合皮下组

加味知柏地黄汤治疗肾阴虚型绝经前后诸症 60 例疗效观察

万萍¹ 蒋贵林² 凤丽娜¹ 孙田子¹

(1 江西中医学院 2009 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西省中医院 南昌 330006)

摘要:目的:观察加味知柏地黄汤治疗肾阴虚型绝经前后诸症的疗效。方法:将 120 例绝经前后诸症(肾阴虚型)患者随机分为两组,治疗组 60 例以加味知柏地黄汤进行治疗,对照组 60 例以克龄蒙进行治疗。结果:治疗组有效率为 95.0%。结论:本方具有滋阴降火之功,对治疗绝经前后诸症(肾阴虚型)疗效确切,疗效相当于克龄蒙,且 40~49 岁年龄组疗效优于 50~54 岁年龄组。

关键词:绝经前后诸症;知柏地黄汤;滋阴降火

中图分类号:R 711.75

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.048

妇女在绝经期前后,围绕月经紊乱或绝经出现如烘热汗出、烦躁易怒、潮热面红、眩晕耳鸣、心悸失眠、腰酸酸楚、面浮肢肿、皮肤蚁行样感、情志不宁等症状,称为绝经前后诸症,亦称“经断前后诸症”。这些证候往往三三两两,轻重不一,参差出现,持续时间或长或短,短者仅数月,长者迁延数年^[1]。西医的围绝经期综合征(原称更年期综合征),或卵巢双侧切除或放射治疗后,或早发绝经卵巢功能衰竭,可参考本病辨证论治。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察病例共 120 例,均为我院 2010 年 3 月~2011 年 3 月妇科门诊患者,全部病例年龄 40~54 岁,均为符合绝经前后诸症(肾阴虚型)诊断的女性患者;均排除精神神经系统及内分泌系统方面疾病。治疗组 60 例,对照组 60 例;治疗组及对照组均分为 3 个年龄段,即 40~44 岁、45~49 岁、50~54 岁,每个年龄段 20 例患者。

1.2 诊断标准 参照《实用妇产科学诊疗规范》^[2]中绝经前后诸症有关诊断标准。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 以加味知柏地黄汤治疗。方药组成:黄柏 10 g、知母 10 g、生地黄 15 g、山药 12 g、山

织时,针距在 1.5 cm 为宜。(4)横切口剖宫产时,手法分离皮下组织时用力缓,分离面适当。(5)关腹时,生理盐水冲洗切口及干纱布擦除游离失活的脂肪组织。(6)术后要嘱咐病人,尤其是剖宫产妇,不要捂汗。(7)术后病人有高度吸收热时,一定要及早降温。(8)术后绑扎腹带松紧适宜,甚至可以不用腹带。(9)对于肥胖病人,术后发生切口处略红,可提前以红外线治疗仪照射切口,可预防切口液化,促进切口愈合。(10)及时产检并治疗原发病,正确处理产程,降低剖宫产。及早处理和充分引流是治疗切口脂肪液化的关键。渗液少者可每日挤压切口 1~2 次,每次尽量挤净液化脂肪,覆盖碘伏后,予以红外线照射,可改善局部血液循环,有解痉、止痛、

莢肉 10 g、丹皮 10 g、茯神 12 g、泽泻 6 g、麦门冬 10 g、女贞子 15 g、远志 15 g、苘麻根 30 g、北沙参 30 g。1 剂/d,水煎两次,药汁混合,分早晚服,治疗 3 个月为 1 个疗程。

1.3.2 对照组 口服克龄蒙。月经第 5 天开始每日口服 1 片,连服 21 d,下个月经周期继续服用。3 个月为 1 个疗程。

1.4 观察指标 根据 KUPPERMEN'S 评分标准^[3],对两组治疗前后的临床症状进行评分,并统计其疗效。

1.5 疗效判定标准 临床缓解程度=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。痊愈:治疗后临床症状得分减少 90%以上;显效:治疗后临床症状得分减少 89%~60%;有效:治疗后临床症状得分减少 59%~30%;无效:治疗后临床症状得分减少不足 29%。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 11.5 统计软件进行数据的统计分析。

2 治疗结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组疗效相当于对照组(P>0.05)。

消炎的作用,使创面愈合。渗液多者换药创面新鲜后予以白面糖治疗,白面糖为结晶单体糖,具有高渗性,有干燥脱水作用,可加速坏死组织分离与脱离,并能抑菌消炎,促进肉芽组织增生。

总之,脂肪液化是病人所不愿遇到的事,也是手术医师感到颇为尴尬的事。近来,医学界对切口脂肪液化的研究日趋成熟,笔者也在临床实践中,不断总结经验,尽量减少脂肪液化的发生。

参考文献

[1]苏明宝,王小平,王旭飞.切口脂肪液化 20 例诊治体会[J].中国实用外科杂志,1999,19(3):223
[2]吴河水,黄文广,史曼武.腹部切口脂肪液化的原因和防治原则[J].中国实用外科杂志,2000,20(1):680

(收稿日期: 2012-02-08)