

其定性诊断符合率较高,可作为脾囊肿首选的检查方法。脾脏囊肿需与脾脏脓肿、胰腺假性囊肿、脾脏囊性淋巴瘤等相鉴别。该患者脾脏囊肿位于脾门侧,且位置较表浅,囊肿较大时与周围组织贴合后解剖不清而影响了 B 超和 CT 的辨别。囊肿破裂体积缩小后,复查 CT 便可明确囊肿解剖来源。其次,本例患者有腹部外伤史,容易与胰腺假性囊肿混淆,但囊肿破裂后,腹腔穿刺液检查淀粉酶无明显增高,可排除胰腺假性囊肿的诊断。

参考文献:

[1] Sardi A, Ojeda HF, King Jr D. Laparoscopic resection of a benign true cyst of the spleen with the harmonic scalpel producing high levels of CA19-9 and carcinoembryonic antigen[J]. *Am Surg*, 1998, 64: 1149-1154.

[2] Wu H, Kortbeek J. Management of splenic pseudocysts following trauma: A retrospective case series[J]. *Am J Surg*, 2006, 5: 631-634.

[3] 郑方, 邹一平, 崔洪涛, 等. 肿瘤标志物升高的真性脾囊肿临床分析[J]. *北京医学*, 2010, 32(2): 122-126.

[4] Ward EV, O'Brien J, Conlon K, et al. Unusual long-term complications of splenic cyst[J]. *JBR-BTR*, 2010, 93(1): 7-9

[5] Trompetas V, Panagopoulos E, Ramantanis G, et al. Giant benign true cyst of the spleen with high serum level of CA 19-9[J]. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2002, 14(1): 85-88.

(收稿日期: 2010-07-17 修回日期: 2010-11-17)

• 短篇及病例报道 •

分区打包治疗超大范围腋臭术后血肿 1 例

毛彤春, 刘晓伟, 樊东力[△]

(第三军医大学新桥医院整形美容外科, 重庆 400037)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2011. 13. 049

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)13-1350-02

微创小切口修剪刮除法腋臭根治术具有切口小、术后瘢痕不明显、效果确切的优点。目前本科已采用这种方法治愈腋臭患者 200 余例^[1]。但是无论微创小切口还是传统切口,特别是在治疗范围超大、术后活动较多的腋臭患者时,都有出现血肿、以及由其导致的术区愈合不良甚至术区皮肤坏死等并发症发生^[2]。本科室采用分区打包技术成功治疗较大面积腋臭术后血肿 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,22 岁;自觉双腋下异味,多汗,影响生活 7 年余;近 7 年多次应用药物治疗,但治疗效果不甚理想。查体:双腋下腋毛发育旺盛,皮肤呈暗褐色,较周边肤色明显加深,刺鼻气味明显;腋毛分布于侧胸壁、腋窝顶、上臂内侧,范围约 15 cm × 8 cm。局麻下采用双蒂小切口皮下汗腺修剪法治疗,术后常规双侧腋下打包(单包式),加压包扎;未放置引流条,术后嘱患者减少双上臂活动、腋窝制动;术后第 3 天换药见包扎敷料固定好、无松脱和滑落;双上臂内侧、侧胸壁无青紫、淤斑等。换药后患者未遵医嘱休息,仍上班工作,双肩关节未制动,活动频繁。术后第 7 天拆线见:左侧术区皮下积血,淤积血凝块约 30 mL,腋下皮瓣浮起;右侧无明显皮下积血、皮瓣与创面基底未贴合,皮瓣与创面基底呈袋状分离;双侧术区表皮发黑、翻转皮肤,见皮肤内层红润、点状渗血。处理:给予清除血肿,过氧化氢溶液、生理盐水反复冲洗双侧术区致冲洗液清亮,止血彻底后庆大霉素盐水冲洗术区 3 次;间断缝合手术切口及打包缝线;给予术区分区打包固定,未放置引流条,打包方法如图 1。分别打包加压固定。7 d 后拆包,双侧术区皮瓣与创面基底贴合牢靠,切口愈合良好,拆线。术后随访 3 个月双侧腋下无异味,双上肢活动无障碍。



图 1 分区打包示意图

2 讨论

在治疗腋臭过程中,修剪刮除治疗后术区皮瓣与创面基底完全分离、加压固定牢靠是手术成功与否的关键。在临床工作中发现,患者的汗腺分布常累及侧胸壁、上臂内侧,范围较大;给予术后加压固定带来不便^[3-5]。本文报道病例中出现的左侧积血影响术区愈合;右侧无明显积血,但皮瓣与创面基底亦未完全愈合,主要是由于创面面积大,单包式的大包堆在肩关节的过度活动未能起到彻底的牢靠固定导致的。上臂内侧、腋窝顶、侧胸壁的解剖结构决定在肩关节运动过程中,三者处于不同的运动方式。在运动过程中扭转、松动的单包式整体打包敷料对术区的加压包扎固定,容易导致部分区域加压固定不牢,出现血肿甚至皮肤坏死的可能。分区打包固定的打包连接处相当于“人工关节”,增加了打包敷料随肩关节活时的贴合程度,避免了单包式整体打包敷料随肩关节活动扭转所导致挤压术区压力不均和皮瓣搓动的弊端,有利于腋臭手术术区加压固定,降低血肿及其导致的切口延迟愈合的发生概率。分区打包

[△] 通讯作者, Tel: (023) 68774647; E-mail: fdlmmu@sina.com。

固定相对于简单“皮钉”固定具有压力均匀、持续可靠、加压范围大、不影响术区皮瓣血运等优点,且利于术区皮瓣与创面基底贴合及加快术区创面愈合。

综上所述,腋臭修剪刮除术后分区包扎法是一种切实可行的治疗方法,且具有操作简单,效果可靠,是治疗腋臭及其血肿的有效方法之。

参考文献:

[1] Liu X, Mao T, Lei Z, et al. A simple and practical method for axillary osmidrosis resection[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010, 63(4): e420-421.

[2] 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.

[3] 苏新, 王立夫, 章宏伟. 小切口皮下修剪法治疗腋臭 92 例体会[J]. 医学理论与实践, 2009, 22(12): 1471.

[4] 惠自兵, 刘晓伟, 樊东力, 等. 腋窝小切口皮下汗腺剪除与边缘搔刮术治疗腋臭 86 例[J]. 重庆医学, 2010, 39(19): 2689-2690.

[5] 陈宇, 樊东力, 王韶亮, 等. 双蒂瓣腋臭根治术的临床体会[J]. 实用医学杂志, 2010, (10): 1854.

(收稿日期: 2010-05-17 修回日期: 2010-10-17)

· 短篇及病例报道 ·

腹主动脉夹层动脉瘤误诊为消化道急症 3 例报道

肖 潇, 陈东风[△]

(第三军医大学野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.050

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)13-1351-02

腹主动脉夹层动脉瘤(abdominal aortic aneurysm, AAA)是指由于各种原因造成的主动脉壁内膜破裂,血流沿内膜与中层之间纵行剥离而形成的壁内血肿。一旦破裂出血,抢救非常困难,是少见而严重的血管疾病^[1]。它是一种常见的危及生命的动脉退行性病变,在 65 岁以上男性的死亡原因中居第 10 位^[2],因此成为血管疾病的严重急症。大多数腹主动脉夹层动脉瘤前期都是无症状的,体格检查难以发现,并且临床表现复杂,容易漏诊和误诊。有些 AAA 发作时表现为消化系统症状,而首诊为消化系统疾病^[3]。本科自 2009 年 9 月至 2010 年 1 月共收治 3 例 AAA 患者,现报道如下。

1 临床资料

例 1: 女, 63 岁, 因“腰背部疼痛 18 h, 呕血、血便 15 h”于 2009 年 9 月 5 日急诊入院。入院前 18 h, 因头痛口服头痛粉 2 包后出现腰背部持续性疼痛, 伴胸闷、气短, 遂到当地医院就诊。心电图提示 ST-T 压低; 血清肌钙蛋白正常; 胸腹部 CT 提示双肺无异常, 脂肪肝, 升主动脉及主动脉弓稍增粗, 腹主动脉无异常; 头颅 CT、泌尿系超声均未发现明显异常。3 h 后出现中上腹持续隐痛, 伴恶心、呕吐, 呕吐 1 次, 量约 100 mL, 呕吐胃内容物中混有鲜红色血液; 解暗红色血便 2 次, 总量约 100 mL。为进一步诊治转入本院。既往体质一般。5 年前行阑尾切除术, 恢复良好; 2 个月前外院诊断有冠心病, 自服中药。查体: 端坐位。体温 36.7℃, 脉搏 104 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 100/75 mm Hg。神志清楚, 精神萎靡。全身重度贫血貌。上腹部压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音正常。经过抑酸、止血、输血等处理后, 患者于入院第 2 天未再呕血、黑便, 但腰背痛无缓解。腹部超声提示胰腺周围低回声, 为进一步诊治行腹部增强 CT, 提示腹主动脉广泛夹层动脉瘤, 当晚转入心外科。入院第 3 日清晨, 患者突发意识丧失, 心率、血压持续下降, 抢救无效最终死亡。

例 2: 男, 53 岁, 因“上腹痛 4 d, 加重 3 h”于 2009 年 11 月 30 日晚急诊入院。入院前 4 d, 因劳累后出现上腹持续性隐痛, 向肩背部及腰部反射, 与体位无关, 无腹胀、腹泻、恶心、呕吐, 不伴反酸、嗝气、呕血、黑便、发热等不适, 大、小便正常。当

地医院查三大常规、血尿淀粉酶均正常; B 超提示胆囊结石; 建议胃镜检查, 患者拒绝。予以抑酸、胃黏膜保护、消炎利胆等口服药物治疗, 病情无改善。入院前 3 h 腹痛加重, 急诊入院。患者体质良好, 无特殊疾病史。查体: 血压 150/89 mm Hg。神志清楚, 精神差, 心、肺无明显异常。腹平、软, 中上腹轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音稍减弱。复查血、尿常规、血淀粉酶及脂肪酶均正常, 心电图亦正常。急诊胸、腹部 X 线片未见明显异常。遂急诊行全腹部增强 CT, 提示主动脉夹层上界为主动脉弓, 下界累及肠系膜下动脉以下, 破口 2 处分别位于主动脉弓及腹主动脉上段(图 1A)。诊断明确, 于次日清晨转心外科手术, 急诊行主动脉、腹主动脉夹层腔内支架隔绝术, 术后予控制血压、预防感染等治疗, 恢复良好, 于术后 7 d 出院。

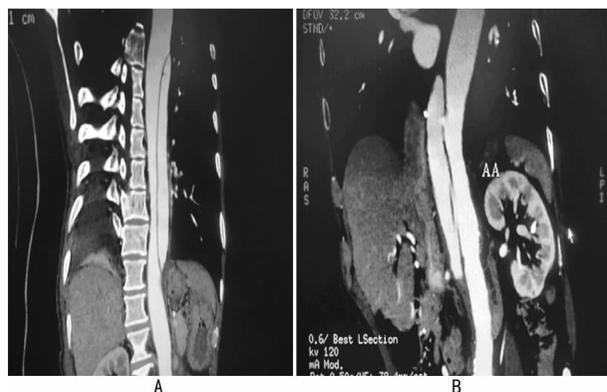


图 1 主动脉瘤 CT 表现

例 3: 男, 78 岁, 因“中上腹痛 4 h”于 2010 年 1 月 9 日入院。入院前 4 h 无明显诱因出现中上腹持续性疼痛, 勉强能忍受, 无阵发性加剧, 伴背部牵涉痛, 无腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反酸、嗝气, 不伴呕血、黑便、心悸、胸闷、呼吸困难、发热、意识障碍等不适, 肛门未排便、排气。为进一步诊治急诊入院。平时体质良好, 无特殊疾病史。查体: 血压 148/88 mm Hg。神志清楚, 精神差, 半坐位。心肺未见明显异常。腹部平坦, 全腹软, 中上腹压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肝、脾无肿大, 肝、脾、双肾区无叩痛, 肠鸣音稍减弱。血常规提示白细胞升高(15.63 ×