

中药外敷治疗腹部切口脂肪液化

崔鸿斌, 李培武, 王秉钧, 魏丽娜*

(兰州大学第二医院, 兰州 730000)

[摘要] **目的:**研究大黄与芒硝进行外敷治疗腹部切口脂肪液化的效果。**方法:**将本院 152 例腹部切口脂肪液化病人随机分成中药外敷治疗组(76 例)和常规治疗对照组(76 例)。中药外敷治疗组手术后,每天进行全面消毒,将液化切口中的黄色液体挤出,之后再用大黄与芒硝以 1:4 的比例配制外敷;对照组的患者进行全面消毒之后,将液化切口扩张并挤出液体,并按予以换药。比较两组患者的甲级切口愈合率和切口愈合时间。**结果:**中药外敷治疗组的愈合时间(5.14 ± 1.54) d 明显短于对照组(9.5 ± 2.86) d 的愈合时间($P < 0.01$);外敷治疗组的甲级愈合率(100%)明显高于对照组的甲级愈合率(78.95%)($P < 0.05$)。**结论:**使用大黄与芒硝进行外敷治疗,能够加快患者腹部切口脂肪液化的治疗进程,大大缩短患者切口愈合的时间,提高甲级愈合质量,减少脂肪液化,是一种简捷明了、方便易行、效果显著的临床治疗方法。

[关键词] 腹部切口;脂肪液化;中药外敷;临床治疗

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)10-0297-03

随着现代经济水平的发展,近年来现代人的物质生活水平正在持续提高,而肥胖人群的比例也在快速增加,导致患者在腹部手术之后出现切口脂肪液化的现象愈来愈多,从而导致病人的切口延后才能愈合。如何治疗患者在腹部手术之后的切口脂肪液化所造成的裂开,已经成为医务工作者需要解决的难题。本院普外科在 2005 年 9 月至 2010 年 9 月期间运用中药大黄与芒硝进行外敷的临床治疗方法来处理病人手术后所出现的腹部切口脂肪液化问题,而且具有相当好的效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料 全面收集本院普外科 2005 年 9 月至 2010 年 9 月在腹部手术的患者中所出现的脂肪液化的病人资料 152 例,并分成两个组,其中中药外敷治疗组 76 例,患者的年龄为 28~83 岁,平均年龄为 55 岁;常规治疗对照组也为 76 例,患者的年龄为 23~81 岁,平均年龄为 52 岁。其中上腹部手术 112 例(包括胆囊切除手术 44 例、胃癌根治手术 24 例、

胆总管探查手术 32 例、胆管癌 8 例、脾切除术 4 例),中下腹部手术 40 例(包括阑尾切除手术 12 例、结肠癌根治手术 16 例、直肠癌根治手术 12 例),以上两组患者中已排除贫血病人、低蛋白血症病人和糖尿病病人。所有患者均为肥胖体形,其皮下脂肪的厚度是 5~11 cm。

1.2 方法

1.2.1 切口脂肪液化的诊断标准 目前尚无统一标准,一般认为出现以下临床表现者应诊断为切口脂肪液化^[1-2]:①发生在术后 3~7 d,除切口有较多黄色渗液外,患者无任何自觉症状;常规检查切口时发现敷料上有黄色渗液,挤压切口皮下有较多渗液;②切口愈合不良,皮下组织游离,渗液中有漂浮的脂肪滴;③切口无红肿及压痛,切口边缘及皮下组织无坏死征象;④渗出液涂片镜检可见大量脂肪滴,连续 3 次培养无细菌生长。

1.2.2 纳入、排除病例标准 纳入病例标准^[3]:符合西医诊断标准,符合中医证候诊断标准。排除病例标准:①过敏体质或对中药过敏者;②术前常规排除高血压、糖尿病等高危疾病;③纳入后发现不符合纳入标准的病例。

1.3 外治法 中药外敷治疗组:每天对患者进行碘

[收稿日期] 20111112(099)

[第一作者] 崔鸿斌,硕士,主治医师

[通讯作者] *魏丽娜,主治医师, E-mail:wei_ln@126.com

[5] 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995) [J]. 中华神经科杂志,1996(6):381.
[6] 李季林,盛罗平. S100B 蛋白与颅脑损伤研究的新进展 [J]. 创伤外科杂志,2011,13(2):177.
[7] Chen S H, Cheung R T. Neuropeptide Y and its receptor

analogues differentially modulate the immunoreactivity for neuronal or endothelial nitric oxide synthase in the rat brain following focal ischemia with reperfusion [J]. J Biomed Sci, 2005, 12(2):267.

[责任编辑 何伟]

伏消毒,挤出液化切口之中的黄色液体(尽量将液化脂肪清理干净),在挤压之后可以用两块消毒纱布来覆盖患者的切口,将大黄 60 g 与芒硝 240 g 加以碾碎混合均匀,用双层纱布包好外敷到切口上。重复上述步骤一直到拆线为止。药物可以重复使用。如果袋内药物出现结块现象,可在袋外将其压碎,并在日光之下曝晒和干燥。对照组:每天对患者进行碘伏消毒,挤出液化切口之中的黄色液体(尽量将液化脂肪清理干净)。然后定时进行换药,使用甲硝唑注射液或者庆大霉素注射液来冲洗患者的创口,并将糜蛋白酶滴入到切口之中,从而加快其创口的愈合。当患者的创面出现新鲜肉芽组织后,可以运用消毒蝶形胶布闭合切口。

1.4 评估指标 参照《普通外科学》结合临床自拟疗效评估标准^[4]:显效:用药 4~5 d 后,切口拆线甲级愈合。有效(延期愈合):用药 4~5 d 后,切口拆线需继续换药治疗至用药 8 d 左右痊愈;无效(切口裂开):用药 4~5 d 后,切口拆线后裂开需 2 次缝合。总有效为显效加有效。甲级愈合:愈合优良,没有不良反应,表面平整;乙级愈合:愈合处有炎症反应,如红肿、硬结、血肿、积液;丙级愈合:指切口化脓,需要切开引流处理^[5]。

1.5 统计学处理 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为显著差异; $P < 0.01$ 为极显著差异。所有数据处理过程均由 SAS 9.2 计算完成。

2 结果

中药外敷治疗组 76 例患者全部治愈,愈合时间为 (5.14 ± 1.54) d,甲级愈合率 100%。对照组 76 例也全部治愈,愈合时间为 (9.5 ± 2.86) d,其中的 16 例病人的愈合情况欠佳。根据 SAS 9.2 软件分析,得出两组患者的切口愈合时间差异 $P < 0.05$,具有统计学意义。中药外敷治疗组的愈合时间 (5.14 ± 1.54) d 明显短于对照组 (9.5 ± 2.86) d 的愈合时间($P < 0.01$)。中药外敷治疗组的甲级愈合率(100%)明显高于对照组的甲级愈合率(78.95%)($P < 0.01$)。

本研究第一次对腹部切口脂肪液化病人对于自身切口愈合的满意度开展了调查与评价。据统计,中药外敷治疗组病人有 73 人对切口愈合表示满意,满意率达到 96.1%;对照组病人有 58 人对切口愈合感到满意,满意率达到 76.3%,以上两组数据分析得到 $P < 0.05$,即差异具有显著性,说明了中药治疗方法及其所取得的疗效更易被广大病人所接受。

3 讨论

3.1 肥胖体型腹部手术后脂肪液化的若干问题

对患者腹部手术后切口出现脂肪液化的主要原因进行分析,主要存在以下几个方面的问题:①患者腹部手术后切口出现脂肪液化与越来越多的肥胖患者存在关联。患者肥厚的脂肪层导致自身的血液循环较差,皮下脂肪在切开之后,局部的血运遭受破坏。在手术过程中,长时间的暴露、牵拉以及挤压等机械作用,导致脂肪组织容易出现氧化分解反应,从而诱发非细菌性炎症,进而出现患者的脂肪液化现象。本次研究中的患者全部属于肥胖体型,而大多数研究者都一致认为,出现切口脂肪液化的情况大多发生在具有肥胖体型的患者身上,当前人群之中的肥胖体型人数比例越来越高,肥胖型患者的手术也在不断增加,导致切口脂肪液化率不断上升。②腹部脂肪液化与手术中使用高频电刀存在关联。在腹部手术中,医生需要使用高频电刀来切开患者的皮肤及其皮下组织,电刀的高温将会导致病人出现脂肪组织的浅表层烧伤,一部分脂肪组织甚至因为热损伤而出现了变性。与此同时,患者的脂肪毛细血管因为受到热凝固作用而出现了栓塞,使得本身血液循环比较差的肥厚脂肪组织血液供应出现了更进一步的障碍,导致手术后的脂肪组织出现了无菌性的坏死,进而造成液化。③腹部脂肪液化和手术实践操作存在关联。手术中的止血不够彻底,容易出现渗血、血肿或者需要进行大块组织的结扎止血;在操作过程中,因为脂肪层和肌鞘层出现了过度的分离,这就影响了患者脂肪组织血液的供应;在进行缝合时出现错位缝合或者无效腔;而打结太紧会导致患者的皮下组织出现血供障碍,或者导致患者的脂肪组织被切割伤;同样,如果过松又会让脂肪组织之间出现间隙,因此渗液就比较容易加以积存。以上与手术实践操作相关的内容如果做不到位都会诱发脂肪的液化。④腹部脂肪液化与患者的基础疾病存在关系,比如贫血与糖尿病等等。一旦糖尿病患者出现了围手术期血糖难以控制,就会导致本身血运就比较差的肥厚脂肪组织的血液供产生更多的障碍,这也十分容易诱发脂肪的液化^[5]。

3.2 中药大黄芒硝外治法对腹部切口脂肪液化的疗效 中药大黄的主要成分还是一种蒽醌类的衍生物,其性较为苦寒,具备了泻下、攻积、清热、泻火以及凉血解毒等效果,能够有效地降低患者毛细血管所具有的通透性,从而在最大限度上减少创面液体的渗出现象,并能促进其血液的凝固。经现代医学

研究,认为大黄具有抗炎、止血和改善微循环等功效。芒硝的主要成分为硫酸钠,其性具有清热、消肿与止痛等作用,对于患者的网状内皮系统具有很好地抑制功能,使系统的增生现象和吞噬作用得到强化,从而发挥抗炎之成效。将以上两种药进行合用,能够软化病人腹部切口上的硬结,从而促进循环,进而收敛其腹部切口上出现的脂肪液体,并且减轻原有的疼痛,预防新的感染,进一步促进患者切口之愈合。从本次研究的数据来看,中药外敷治疗组病人的腹部切口脂肪液化改善状况显著高于对照组。

患者切口的创面是在切口出现了局部炎症反应之后形成的,要通过基质胶原、毛细血管和成纤维细胞的增生,加快肉芽组织的生长,促进结缔组织之修复,实现上皮细胞的再生等方式而实现愈合之目的。患者机体免疫力的不断下降,蛋白质或者维生素的极度缺乏,患者切口局部出现血液循环问题或者出现了继发感染等,都将严重影响到患者切口愈合的速度,尤其是脂肪堆积的部位的纤维细胞、蛋白质与血管的含量都相对偏少,很容易造成患者切口脂肪的液化,从而造成切口生长的缓慢,甚至导致切口难以愈合的情况。在临床治疗中,往往会遇到患者手术切口出现脂肪液化等状况。一旦面临切口脂肪液化问题,依据传统意义上的外科处理方法,应当将患者切口的拆线全部撑开,再进行引流与换药,等到Ⅱ期之时再加以缝合。尽管切口最终还是同样能够愈合,但是却显然延长了切口的愈合时间,也大大增加了患者在经济上的负担,而且对患者的心理与身体造成了更大的创伤,给其生活也带来了新的不便,导致其无法接受,甚至引发了一些不必要的医疗纠纷。

对自身腹部切口愈合的满意度是病人的一种主观性感受,容易受到大量因素干扰。由于近年来生物医疗模式正在逐步朝“生物+心理+社会医疗”

模式这一新型模式转化,病人的主观感受性正在得到愈来愈多的重视,目前已发展成为评价医院医疗工作者行为与医疗服务质量的重要指标之一,而且也是影响现实医患关系的关键性因素之一。有鉴于此,我们运用大黄与芒硝进行外敷的方式来治疗出现腹部切口脂肪液化的病人,具有相当满意的疗效。研究证实,中药外敷治疗组的临床效果显然要优于对照组,而且做到了安全可靠,未出现一起不良反应^[6]。

综上所述,采取大黄加芒硝按照1:4配制外敷切口的方式来治疗患者的腹部切口脂肪液化,具备了取材较为方便、操作十分简单、价格相当低廉等优势,能实现彼此促进、加快脂肪渗液吸收、防止不良感染等目的,让手术患者在出现脂肪液化切口之后仍能能做到按期愈合,有效减轻了患者的痛苦程度,疗效确切,无不良反应,患者的可接受性较强,是值得在临床上加以推广与应用的优质疗法。

[参考文献]

- [1] 李抗旱.腹部切口脂肪液化102例临床分析[J].中国临床医生,2008,36(10):36.
- [2] 杨贯民,谭高霞.腹部切口脂肪液化65例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(11):2580.
- [3] 杨丽娟.腹部切1:3脂肪液化的诊疗分析[J].中国医药导报,2009,6(21):176.
- [4] 中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [5] 张立宁,宋蕾.紫外线预防妇产科腹部手术切口脂肪液化120例临床观察[J].海南医学学院学报,2010,16(12):1653.
- [6] 李强.大黄药理与临床应用[J].现代中西医结合杂志,2009,18(22):2740.

[责任编辑 邹晓翠]