

· 工作研究 ·

皮肤扩张术注射壶相关并发症分析

谢庭鸿 黄晓元 龙剑虹 雷少榕 张明华

收集我院 1994 至 2005 年 475 例在扩张术中注射壶方面出现的并发症,探讨其发生原因、改进方法及处理措施,以唤起同道们注意,提高扩张术的成功率。

1 临床资料

本组共 475 例,男 351 例,女 124 例,年龄 8~47 岁,平均 (23 ± 12) 岁。12 例为创面修复,401 例为瘢痕修复,36 例为耳再造,23 例为鼻再造,3 例为巨痣整复。共埋置扩张器(30~500 ml) 1 167 只,其中头部 375 只,面部 284 只,颈部 417 只,躯干 72 只,四肢 16 只,臀部 3 只。手术前根据需要修复的部位,设计扩张囊和注射壶的埋置部位。手术中先放置扩张囊,然后分离注射壶的埋置部位,注意层次及腔隙大小。放置注射壶后先将分离腔隙的切口缝合再缝合皮肤切口,立即向注射壶注水以确定注射壶未倒置。术后扩张时间最长 172 d,最短 27 d。注水量最多 900 ml,最少 30 ml。本组病例的注射壶均为内置。

2 结果

本组病例中由注射壶引起的并发症以注水困难为主和少数几例表层皮肤坏死。共有 95 只扩张器出现注水困难,占 8.1%。其中注射壶渗漏 4 只,注射壶上组织较厚定位困难 9 只,注射壶歪斜 14 只,注射壶倒置 3 只,注射壶靠近扩张囊壁 61 只,导水管成角,折叠 4 只;头部 5 只,面部 2 只,颈部 67 只,躯干 19 只,四肢 1 只,臀部 1 只;扩张囊容积 400 ml 以上 72 只。注射壶表层皮肤坏死 12 只,占 1%。

3 讨论

本组病例中注射壶的埋置不当导致注水困难是最为突出的问题,其中包括注射壶埋置的表层组织较厚、注射壶歪斜、注射壶邻近囊壁等。以往并未得到足够的重视,但在临床实践中我们经常遇到,因此而致注水时的反复穿刺,不仅增加了患者痛苦,而且有碍扩张器的充分扩张,给二期手术带来不利,影响疗效。扩张囊与注射壶距离太近在临床中也较常见,一般注水困难出现在超量扩张、联合几个扩张器扩张的晚期。特别是在颈、胸等组织疏松部位,随着扩张囊壁的膨胀,导水管张力增大,不可避免地牵拉注射壶向扩张囊接近,注射壶也可能因牵拉而发生歪斜。若注射壶放置在囊的下方,于站立或平卧时更容易使扩张囊因重力作用向下移位,使扩张囊壁与注射壶靠近。

在几个扩张器的联合应用时,注射壶若放置在几个扩张器之间看似开阔的区域,但当扩张到一定程度后,膨胀的扩

张囊相互靠拢,注射壶即会深陷于凹陷部位,造成定位注射困难。对于注射壶定位困难有学者用自制简易的定位装置解决^[1]。这可以解决注射壶上表层组织较厚的难点。但有时注射壶与扩张囊靠在一起,且注射壶发生歪斜,即难以应用。我们的方法是将示指、拇指消毒后探明注射壶位置并固定其边界后注射。操作时应注意固定必须牢靠,有时是将注射壶“抠”在手中;其中有 1 指必须将注射壶与扩张囊隔开,以免误刺扩张囊;并需注意注射壶的角度,使穿刺针垂直刺入注射壶。这种操作有一定难度,患者也较痛苦。所以一旦穿刺成功可留置针头,传统方法是接微量泵持续注水进行急性或亚急性扩张;在没有微量泵时接留置针用的肝素帽,注水后旋紧肝素帽即不漏水,可反复进行手工操作,这种方法所需材料简单,适宜向基层推广。

注射壶倒置与周围软组织疏松、牵拉、埋置腔隙过大等有关。本组病例亦显示此类并发症多发生在颈、腹、臀部。注射壶倒置在早期可试用手法复位^[2]。如手法复位失败,则须手术切开将注射壶外置。

注射壶漏水有扩张器本身的质量问题,但主要还是注射针头反复穿刺同一点所致,在注水时可按顺时针或逆时针方向进行穿刺,避免同点穿刺。如注射壶漏水可将注射壶取出,用输液用的小夹子夹住导水管^[3]。

在软组织少或周围组织较为坚韧的部位,注射壶腔隙太小、埋置过浅易导致表层皮肤坏死^[4],这在临床已成为共识。在本组病例中这种情况多发生在头部,尤其是注射壶埋置在瘢痕下方时容易发生。造成注射壶外露并不影响注水,但要注意可能并发感染。同时,在这些部位注射壶的埋置还需严防导水管的弯曲、折叠、成角,以免注水时阻力增大,甚至不能注水。

参 考 文 献

- 1 杨明勇,李森恺.简易扩张器注射壶定位模.中华整形外科杂志,2000,16:93.
- 2 杨艳清,江昌艳,秦巍,等.扩张器置入术后注射壶倒置五例原因分析.中华整形外科杂志,2003,19:90.
- 3 马桂娥.扩张器注射壶渗漏处理简法.中华整形外科杂志,2003,19:7.
- 4 李海东,李斌斌,张启旭,等.皮肤软组织扩张术术后并发症的分析处理.中国临床康复,2003,20:2842-2843.

(收稿日期:2006-03-23)