

# 门诊手术治疗皮脂腺囊肿的临床效果

康米娜

(华中科技大学同济医学院附属同济医院外科门诊 430000)

**摘要:**目的 分析不同门诊手术治疗皮脂腺囊肿的应用效果。方法 研究对象:本院门诊 88 例皮脂腺囊肿患者,时间:2020 年 07 月-2021 年 07 月,分组方式:随机颜色球抽取法,分为两组,参照组(行常规手术治疗)和研究组(行小切口手术治疗),各 44 例,比较应用效果。结果 研究治疗总有效率稍高于参照组,组间不具有统计学意义( $P>0.05$ ),研究组出血量少于参照组,住院时间短于参照组,VAS(疼痛)评分低于参照组,有统计学意义( $P<0.05$ ),平均切口瘢痕长度、宽度均小于参照组,切口感染率低于参照组( $P<0.05$ ),瘢痕增生、凹陷发生率低于参照组( $P<0.05$ )。结论 两种手术方式均取得理想临床效果,但小切口手术治疗出血量更少,痛感更低,瘢痕恢复情况更高,住院时间更短,具有推广价值。  
**关键词:**皮脂腺囊肿;门诊手术;总有效率;切口瘢痕;手术指标

皮脂腺囊肿是由皮脂淤积导致的良性皮肤病变,以青少年群体为主,多发生于头面部、背部等油脂分泌过多的部位,囊肿表面可见开口小孔,多数可无明显症状,继发感染后,可表现出疼痛、化脓、破损、出血等症状,影响颜面部美观程度,尤其是年轻女性患者,易导致自卑、抑郁等不良情绪,皮脂腺囊肿可通过手术治愈。目前,不同门诊手术方式临床效果不同,基于此,本文以本院患者为例,对不同门诊手术方式治疗效果进行了对比,现阐述如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

研究对象:本院门诊 88 例皮脂腺囊肿患者,时间:2020 年 07 月-2021 年 07 月,分组方式:随机颜色球抽取法,分为两组,参照组(行常规手术治疗)和研究组(行小切口手术治疗),各 44 例。其中参照组男性 24 例,女性 20 例;最小 18 岁,最大 56 岁,平均年龄为(25.10±2.87)岁;发病部位为头面部、背部、臀部及其他部位的人数比为 19:11:10:4;最短病程 4 天,最长 2 个月,平均病程为(17.17±4.18)天。研究组男性 25 例,女性 19 例;最小 19 岁,最大 57 岁,平均年龄为(25.17±2.85)岁;发病部位为头面部、背部、臀部及其他部位的人数比为 20:12:9:3;最短病程 3 天,最长 2 个月,平均病程为(17.21±4.24)天。基本资料无较大差异( $P>0.05$ ),符合比较标准。

诊断标准:经术后病理检查均确诊为皮脂腺囊肿;均存在不同程度疼痛、化脓、破损、周围组织不适等症状。

纳入标准:符合门诊手术指征;知情实验内容,签署同意书;囊肿大小 2.0 厘米到 3.0 厘米,浸润范围在 2.5 厘米内。

排除标准:拒不配合患者;合并严重脏器损伤类疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 参照组

本组患者予以常规手术治疗:清除表面毛发,消毒局部皮肤,予以利多卡因(生产厂商:福建金山生物制药股份有限公司;国药准字 H35020528)局部麻醉,针对小囊肿,做直切口,大囊肿做梭形切口,分离皮下组织,翻起皮瓣,提起囊肿,用止血钳分离肿物周围组织,彻底分离肿物下方纤维组织,分离过程中,应紧靠包膜,避免穿破囊壁,如穿破,及时清理囊液中液体,夹住破口,如果无法钳夹,清理内容物后应前切除囊壁,避免复发,使囊肿完全脱离,间断纤维条索,切除肿物,如果囊肿周围组织连接紧密,可先引出内容物,在囊壁侧面涂抹适量碘酊(生产厂商:甘肃莫高实业发展股份有限公司制药厂;国药准字 H62020189),浓度 5%,再行切除,取出,止血,生理盐水冲洗伤口,修整切口,缝合组织及切口,切口较大可缝合一针,予以加压包扎,放置敷料。

#### 1.2.2 研究组

本组患者予以小切口手术治疗:常规消毒,注射 2%利多卡因 2 毫升,不要刺破囊膜,使用十一号尖刀片,沿着皮肤纹理,做一切口,长度 3 毫米至 4 毫米,观察囊肿表面是否有皮脂腺开口,如果有可做梭形切口,切开皮肤、囊壁,从基部加压囊肿,挤出内容物,观察囊肿与周围组织黏连情况,无黏连可用血管钳轻拉囊膜,

全部摘除,针对囊膜位置不变的情况,用蚊式血管钳钳住囊底,重复牵拉数次,直至囊膜完全脱出。小刮匙清理切口组织面,避免后期复发,0.9%氯化钠溶液(生产厂商:安徽双鹤药业有限责任公司;国药准字 H20054037)冲洗腔隙,针对合并感染患者,予以抗生素冲洗,缝合切口,加压十分钟,放置敷料,包扎。对患者开展为期一个月的随访,观察切口恢复情况,观察是否有瘢痕形成,对比各项临床指标,评估治疗效果,并与参照组进行对比。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对比治疗效果:判定标准,显效:切口痊愈,未发生感染,囊肿全部切除,无复发,无瘢痕,有效:切口痊愈,复发率低,形成细微瘢痕,无效:继发感染,存在瘢痕等并发症,有效率=(总例数-无效例数)\*%。

1.3.2 对比临床指标:包括住院时间、术中出血量,记录并对比各项数值<sup>[1]</sup>。

1.3.3 对比切口感染、瘢痕情况:观察切口感染,计算感染率,记录瘢痕宽度、长度<sup>[2]</sup>。

1.3.4 对比并发症:观察两组患者术后出现切口瘢痕增生、瘢痕凹陷等并发症的发生情况,计算并对比各项发生率<sup>[3]</sup>。

1.3.5 对比疼痛程度:采用 VAS 评分,共 10 分,分数与疼痛程度呈反比<sup>[4]</sup>。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件进行统计处理,采用方差同质性检验方法,变量资料以“t”计算用( $\bar{x} \pm s$ )示。定性数据用 $\chi^2$ 核实,以(%)表达。各组数据服从方差相同的正态分布, $P<0.05$ 为有显著差异。

## 2 结果

### 2.1 比较治疗效果

研究组有效率略高于参照组,组间不差异明显( $P>0.05$ )。详见表 1。

表 1 治疗效果对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	44	24	20	0	100.00
参照组	44	23	20	1	97.73
$\chi^2$	/	/	/	/	1.012
P	/	/	/	/	0.315

### 2.2 临床指标组间比较

研究组出血量少于参照组,住院时间短于参照组,VAS 评分低于参照组,组间差异明显( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 临床指标组间比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	出血量 (ml)	住院时间 (h)	VAS 评分 (分)
研究组	44	10.12 ± 1.55	1.25 ± 0.50	1.12 ± 0.16
参照组	44	28.84 ± 2.28	3.82 ± 0.59	1.77 ± 0.14
t	/	45.040	22.043	20.280
P	/	0.000	0.000	0.000

### 2.3 比较切口感染、瘢痕情况

研究组平均切口瘢痕长度、宽度均小于参照组，切口感染率低于参照组，组间差异明显 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3 切口感染、瘢痕情况对比[n(%), ( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	切口感染率	瘢痕长度 (mm)	瘢痕宽度 (mm)
研究组	44	0 (0.00)	4.12 ± 0.14	1.92 ± 0.08
参照组	44	4 (9.09)	10.14 ± 1.05	5.24 ± 1.10
$\chi^2/t$	/	4.191	37.697	19.968
$P$	/	0.041	0.000	0.000

### 2.4 比较并发症

研究组切口瘢痕增生、瘢痕凹陷发生率低于参照组，组间差异明显 ( $P < 0.05$ )。详见表 4。

表 4 并发症对比[n(%)]

组别	例数	瘢痕增生	瘢痕凹陷	发生率
研究组	44	0	1	2.27
参照组	44	2	4	13.64
$\chi^2$	/	/	/	3.880
$P$	/	/	/	0.049

### 3 讨论

皮脂腺囊肿发病率较高，全年龄段均可发生，其中以 18 岁至 30 岁最为常见，由于油脂分泌过剩，导致皮脂腺出口堵塞，皮脂腺无法正常排出，导致大量油脂等物质聚集在皮下，引发囊性病变，因此皮脂腺囊肿多发生于油脂分泌过多的部位，例如背部、颈部、面部以及生殖器周围。皮脂腺囊肿一般呈不规则球形，高出皮肤表面，大小不一，最大可达十厘米左右，表面有弹性、光滑，可单独发生，也可多发，不易推动，部分皮脂腺囊肿表面有开口，施加压力可排出白色或黄色分泌物。部分患者用手挤压，导致囊肿破裂，且内容物未完全排出，细菌侵入，继发感染，导致炎症反应，可表现为红肿、局部发热、疼痛等临床症状，虽然可以使皮脂腺囊肿暂时缩小，但容易复发，导致囊肿与周围组织粘连，增加手术难度<sup>[5]</sup>。

门诊是治疗皮脂腺囊肿重要场所，选用正确治疗方式对提高预后至关重要，虽然该病属于良性肿瘤，但如果处理不当也存在癌变的风险，据相关研究显示<sup>[6]</sup>，皮脂腺囊肿癌变几率可高达 3.44%，转化为基底细胞癌或鳞癌，皮脂腺囊肿未彻底清除，皮肤出现慢性炎症，长期炎症反应刺激作用下，导致组织增生，损伤细胞，导致细胞坏死，细胞再生修复，形成恶性循环，长此以往，导致癌变，进而危及生命，因此及时治疗，彻底清除病灶临床意义重大。在治疗过程中，既要完整切除囊肿，又要考虑美观需求，但手术受各种因素的影响，容易出现感染等问题，基于此，首先，应严格遵守无菌原则，应全程保证感染面湿润，放置和更换敷料过程中，应保持动作轻柔，避免与感染处发生粘连，保护切口，避免细菌侵入，预防感染，同时可减少患者疼痛感。其次，如果切口有渗液，会增加二次感染的风险，延迟切口愈合，基于此，应选择合理敷料，用氯化钠溶液冲洗切口，加强切口清洁管理，避免渗液浸渍皮肤，加速创口愈合，减少并发症，提高预后，恢复正常生活。

本次研究对两种门诊手术治疗方式进行了探讨，并从治疗效果、并发症、切口及瘢痕恢复情况、临床指标四个方面对其临床效果展开探讨，对比发现，两种手术方式均获得显著治疗效果，治愈率均达到预期，预后良好，但从患者疼痛程度、术中出血量、瘢痕发生率、切口感染等方面存在一定差距，突出小切口手术治疗的优点。常规切除术一般采用直线切口、梭形切口，切口一般与囊肿直径一致，可以更好的观察囊肿及周围组织，囊肿切除速度快，一次

性摘除率高，适用于囊肿部位较深、较大、位置隐蔽的患者，例如背部、臀部、四肢以及颈后等，具有切除彻底、复发率低等优点，但切口通常达到囊肿边缘，过长会增加后期发生瘢痕的风险，针对瘢痕体质患者来说，一般不建议采用常规手术切除方式<sup>[7]</sup>。此外，如果囊肿位于颜面部，或者对美学效果要求较高的患者，此种方式也不适用，由于增加了术后瘢痕增生、凹陷发生率，需要开展后续治疗，且瘢痕恢复速度较慢，会对患者正常生活造成一定影响，尤其是女性患者，瘢痕的形成影响面部美观，导致焦虑、自卑、抑郁等不良情绪的出现，影响心理健康。

而微小切口手术的应用，弥补了常规术后瘢痕形成等缺点，切口较小，皮肤组织创伤小，但术中囊肿分离要求较高，需要保证囊膜的完整性，以便囊肿完整切除，如果操作不当，可导致内容物流出，这时需要切开囊壁，彻底清除内容物，分离囊壁，并切除，清理残余囊壁，分层缝合，严格清洗腔隙，必要时需放置引流条，减少复发<sup>[8]</sup>。该手术方案存在以下几种优势：第一，切口小，符合美学要求，对于面部、颈部皮脂腺囊肿患者来说是不错的选择，微小切口大小约为囊肿直径的四分之一，术后恢复快，减少了切口感染和瘢痕形成的风险，降低术后瘢痕增生、瘢痕凹陷等并发症发生率，患者对修复效果满意。第二，优化各项临床指标，小切口手术出血少，创伤小，安全性高，疼痛程度低，住院时间短，术后恢复快，不影响正常生活。但这种手术方式对操作要求较高，需要临床经验丰富的医生来完成，否则会导致囊壁残留等问题，从而提高复发率。本次研究中，研究组出血量少于参照组，住院时间短于参照组，VAS 评分低于参照组，平均切口瘢痕长度、宽度、切口感染率、瘢痕增生、凹陷发生率等临床指标均优于参照组，说明小切口手术治疗的有效性，与此同时，何航远、赵小瑜、陈建春等在相关研究中<sup>[9-10]</sup>也得出相同结论，为本文提供依据，证明本次研究的合理性。

综上所述，两种手术方式均取得理想临床效果，但小切口手术治疗具有出血量少、疼痛程度低、美学效果好、恢复快等优势，值得临床推广和借鉴。

#### 参考文献：

- [1]何宇,陈阳,彭铮,刘洋.手术治疗皮脂腺囊肿合并感染 112 例[J].福建医药杂志,2019,41(2):87-88.
- [2]王琳.表皮样囊肿及皮脂腺囊肿的临床特征及高频超声诊断价值探讨[J].哈尔滨医药,2021,41(4):92-93.
- [3]王胜琦,米良.头皮良性肿瘤门诊手术治疗体会[J].延安大学学报(医学科学版),2021,19(2):70-72.
- [4]衡鲲,贺功建.不同缝合方法对皮脂腺囊肿术后修复效果的影响[J].中国美容医学,2020,29(9):85-88.
- [5]倪彬婷,李力群,潘盛盛.微切口手术治疗感染期皮脂腺囊肿临床疗效观察[J].临床皮肤科杂志,2019,48(6):386-388.
- [6]李巧凤,曾鸽,蒋俊杰,从惠琴,董海燕,孙焯,冯晓宾.浅表部位表皮囊肿 68 例的超声表现及临床病理特点[J].中国基层医药,2021,28(12):1871-1874.
- [7]羊煜,张丽超,杨军,毕鸣晖,黄渊柏.表皮囊肿 1007 例临床及病理分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2019,35(4):197-200.
- [8]张莺,汪丽萍,刘莎.皮脂腺囊肿切除术的巡回护士手术配合[J].当代护士(下旬刊),2019,26(4):115-116.
- [9]何航远,赵小瑜,韩未,王建雄,邵阳,沈国良,钱汉根.面部皮脂腺囊肿小切口摘除术的诊疗探讨[J].中国美容医学,2019,28(4):128-130.
- [10]陈建春.治疗性沟通对门诊皮脂腺囊肿手术患者应对方式及不良情绪的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(21):2937-2939.