

体表有肿物？整形外科来帮忙

◎ 武汉美立方医疗美容门诊部 胡江伟

在很多人的观念中，体表肿物是一种普通疾病。实际上，体表肿物不仅会影响外观，还可能带来健康隐患。而医美整形外科凭借微创理念和美学设计，在彻底切除肿物的同时兼顾创面美观性，让创口平整、自然，为患者提供安全且高效的治疗体验，满足健康与审美的双重需求。

1.什么是体表肿物？

体表肿物是指生长在皮肤表面或皮下组织的异常增生物，类型多样且性质各异，常见的良性肿物包括色素痣、脂肪瘤和纤维瘤等，此类肿物一般生长缓慢且形态规则，多数不会侵入周围组织或远处转移。除此之外，还有基底细胞癌、黑色素瘤等交界性或恶性肿物，这类肿物的生长速度较快，存在局部浸润或扩散的风险。体表肿物可以单发也可能多发，大小不一，会出现在面部、颈部及躯干部位。

2.医美整形外科在体表肿物治疗上

有哪些优势？

（1）缝合优势。区别于传统外科单纯愈合的缝合方式，医美整形采用美容减张缝合技术，操作全程遵循精细化原则，步骤严谨且注重组织保护。待体表肿物完整切除且创面彻底止血后，医生会先进行皮下组织分层对位缝合，采用可吸收缝线对合皮下脂肪和筋膜层，初步消除皮下间隙以减少皮肤表层张力；随后展开减张处理，利用深层埋藏缝合技术，将切口两侧皮肤向中心拉拢，利用缝线张力抵消皮肤自身回缩力以避免切口因张力过大出现变宽问题。最后实施精细皮内缝合，选用细如发丝的美容缝线，从切口一端皮内进针沿皮下穿行，另一端皮内出针，保证缝线不外露，缝合后轻轻按压切口，使皮肤紧密贴合。

（2）微创。以微创理念为核心，医美整形在体表肿物治疗中会摒弃传统手术大切口、广剥离的方式，优先选择小

切口入路，最大限度保留正常组织的完整性。术前借助定位技术，结合肿物大小及皮肤纹理，设计1~3cm的隐蔽小切口，多选择皮肤褶皱或毛发遮挡等隐蔽区域，降低切口外露风险。手术中，医生会使用精细显微器械，沿皮下组织间隙展开分层剥离，避开主要血管神经位置，尽可能缩小手术创面减少对周围正常皮肤及筋膜组织的损伤。同时，采用精准止血技术实时控制出血，减少术中出血量。相较于传统手术，该微创操作具有出血少、创伤轻的优势，且创面愈合速度更快，恢复周期缩短30%以上，大幅降低术后并发症发生率，提升患者治疗过程中的舒适度，减少术后恢复期的痛苦。

（3）注重美学设计。医美整形在体表肿物治疗中，打破传统外科“只治不整”的局限，把美学理念融入治疗全过程，重视术后体表外观的整体美感。术前，医生会结合患者肿物的具体部位，贴合局部皮肤纹理走向并兼顾患者的面部或肢体轮廓特征等个体情况，展开个性化手术方案设计，避免千篇一律的治疗方式。手术中，在彻底切除肿物、保障治疗效果的基础上，医生会精准处理创面边缘并修复皮下组织，避免出现皮肤凹凸不平、轮廓畸形的问题。术后，医生还会根据创面

愈合情况，指导患者展开科学护理，减少疤痕色素沉着并力求术后皮肤平整光滑，同周围正常组织完美融为一体，真正实现“治疗+美容”的双重效果，充分满足患者对体表外观修复的更高需求，提升患者术后自信心。

3.术后该如何进行护理？

术后首日需保持切口清洁干燥，遵医嘱更换无菌敷料，避免触碰或沾水，以降低感染风险；术后1~3天可配合冷敷或轻柔冰敷，缓解肿胀的同时监测切口渗血情况，及时向医生反馈异常。缝线一般为可吸收美容缝线或需拆除线，遵循拆线或吸收时间安排，保证创面闭合稳固。恢复期的患者需严格控制活动强度，避免剧烈运动及提举重物，以免牵拉切口组织增加局部张力，影响伤口愈合进程，进而导致瘢痕增宽或愈合质量下降。

体表肿物切除术在医美整形外科的精准微创与美学理念加持下，能够同时满足患者的治疗及美观需求。针对不同类型的肿物，医生制订个性化方案可降低复发和瘢痕增生风险，加快恢复周期，全面提升患者手术安全性，同步实现健康管理及外观修复，为患者提供优质的体验。☺

全髋关节置换术，“终结”髋部顽疾

◎四川省金阳县人民医院 唐学锋

走路胯部剧痛、蹲起困难、夜里疼到无法入睡，是很多髋关节重症患者的常态。全髋关节置换术是骨科成熟的终末期关节修复手术，通过人工假体替换病变髋关节，从根源消除关节疼痛、恢复下肢行走功能。目前该手术技术成熟、安全性高，是解决重度髋关节病变的核心治疗手段。

适用于四类人群

全髋关节置换术并非微创手术，有明确手术门槛，核心手术标准：保守治疗无效、持续性关节剧痛、髋关节功能严重受损，主要适用于四类人群。

第一，重度髋关节骨关节炎。这是最常见适应症。中老年人群髋关节软骨长期磨损、关节间隙消失、骨质增生，出现长时间行走疼痛、髋关节僵硬，吃药、理疗、休息无法缓解，严重影响日常生活起居，优先选择该手术。

第二，股骨头缺血性坏死。30~55岁中青年高发，长期饮酒、激素用药、外伤是主要诱因。中晚期股骨头塌陷变

形，髋关节承重功能丧失，保守治疗无法阻止病情恶化，必须置换关节保住行走能力。

第三，炎症性关节病变。类风湿关节炎、强直性脊柱炎累及髋关节，造成关节骨质破坏、关节畸形、关节强直，患者无法正常屈伸髋关节。

第四，老年移位型股骨颈骨折。65岁以上高龄老人髋部骨折，骨质疏松、骨折难以自愈，保守治疗需长期卧床，极易引发肺炎、血栓等致命并发症，临床首选全髋置换手术快速下床活动。

需要注意，全身感染、严重心肺肝肾基础病无法耐受麻醉、严重骨质疏松、下肢神经病变患者，不适合开展该手术。

五个标准化手术步骤

临床常规全髋关节置换手术时长1~1.5小时，创伤可控，全程无菌操作，分为五个标准化步骤，普通人也能轻松理解。

第一步，术前准备与麻醉。患者入

院完成抽血、影像、心肺功能全套检查，排除手术风险。多采用椎管内半身麻醉，患者全程清醒、下半身无痛；高危患者可选择全身麻醉。

第二步，手术入路与病变关节清除。医生通过髋部外侧微创切口，逐层分离肌肉软组织，暴露病变髋关节；切断病变股骨头，清理增生骨赘、受损关节囊和炎性病变软组织。

第三步，骨床打磨塑形。精准打磨髋臼窝、扩修股骨髓腔，匹配人工假体尺寸，把控假体安装角度，避免术后关节脱位、长短腿问题。

第四步，人工假体植入。主流使用生物型医用合金+陶瓷假体，适配人体骨骼相容性，分别安装髋臼假体、内衬、股骨柄、人工股骨头，调试关节松紧度和下肢长度。

第五步，复位冲洗与缝合。测试髋关节屈伸、旋转稳定性，确认无卡顿、无脱位后，冲洗术区，放置引流管，逐层缝合肌肉、皮下组织和皮肤，手术完成。术后3~5天即可正常下床站立。

分阶段标准化术后康复

骨科行业公认标准：手术成功占50%，规范康复占50%。错误休养会导致关节僵硬、假体脱位、肌肉萎缩，以下是分阶段居家+院内康复方案。

急性期（术后0~7天，住院期）：核心目标是预防血栓、消肿止痛。卧床保持患肢外展中立位，严禁双腿交叉、盘腿坐；每小时做踝泵运动、股四头肌绷紧训练；术后24~48小时借助助行器少量下地部分负重行走。严禁弯腰捡东西、久坐矮板凳。

恢复期（术后2~6周）：强化下肢肌肉力量，逐步增加行走距离。拆线后适度开展髋关节外展、屈伸功能训练；继续使用助行器行走，避免单侧负重。此阶段核心禁忌：髋关节屈曲超过90°、盘腿、侧卧夹腿，防止假体脱位。

强化康复期（术后6周~3个月）：软组织完全愈合，逐步脱离助行器正常行走。针对性锻炼臀肌、大腿肌群，矫正走路姿态；复查X光确认假体位置正常后，恢复室内日常活动。

稳定期（术后3个月以上）：基本恢复正常生活。可散步、慢走、做家务；终身避免剧烈跑跳、负重深蹲、重体力劳动，减少假体磨损，延长人工关节使用寿命（正常假体可用15~25年）。

全髋关节置换术是成熟、安全的终极保髋手术，精准把握手术适应症、配合规范手术和系统康复，绝大多数患者可以消除髋部疼痛，恢复正常走路、上下楼梯能力，彻底摆脱卧床和行动受限困扰。☺

4 因素导致胃溃疡 “赖着不走”

◎岳池县人民医院 龙 昀

胃溃疡是消化科常见疾病，很多患者发现自己的溃疡“反复发作、迁延不愈”，明明吃药缓解了症状，停药后没多久又会出现胃痛、反酸、烧心等不适。为什么胃溃疡总是“赖着不走”？其实这与胃的生理功能、致病因素持续存在以及治疗管理不当等多种因素密切相关。下面我们从多个角度解析其难以自愈的关键原因。

1.致病因素“持续作祟”，溃疡面反复受刺激

幽门螺杆菌（Hp）是引发胃溃疡的“头号元凶”，全球约70%的胃溃疡患者存在Hp感染。这种细菌能分泌尿素酶中和胃酸并在胃黏膜表面定植繁殖，直接损伤上皮细胞并引发炎症，破坏黏膜保护屏障。部分患者未做Hp检测或检测阳性后未规范根除，病情自然难以缓解。

不少患者确诊后仍不改不良生活习惯，加重溃疡。饮食不规律使胃黏膜反复处于“饥饿”或“超负荷”状态；辛辣、过烫、腌制食物直接刺激溃疡面；吸烟减少胃黏膜血流量、抑制修复因子前列腺素合成并增强胃酸分泌；酗酒则直接破坏黏膜屏障，导致胃酸渗透引发严重炎症。

部分患者因基础疾病长期服用非甾体抗炎药（如阿司匹林、布洛芬），这类药物会抑制前列腺素生成并直接损伤胃黏膜上皮细胞。糖皮质激素、抗凝药等也可能加重损伤。

2.胃黏膜修复能力“先天不足”或“后天受损”

随着年龄增长，人体细胞代谢减慢，胃黏膜上皮细胞更新能力下降，修复效率降低。同时老年人胃黏膜血流量减少、营养供应不足，进一步影响修

复，导致老年患者愈合时间更长、复发风险更高。

胃黏膜修复需要蛋白质、维生素C、B族、锌等“原材料”。若长期挑食偏食或消化吸收不良导致这些营养素缺乏，会影响黏膜细胞合成修复。如蛋白质是黏膜细胞主要成分，缺乏会导致修复质量差；维生素C促进胶原蛋白合成，助力黏膜再生。

糖尿病、贫血、肝硬化等基础疾病患者溃疡愈合更难。糖尿病导致微血管病变，影响胃黏膜血供营养；贫血使黏膜缺氧抑制细胞代谢；肝硬化引发门静脉高压，导致黏膜淤血、水肿。这些疾病从全身层面拖累局部修复功能，使溃疡迁延不愈。

3.胃酸分泌“失控”，溃疡面持续“受侵蚀”

部分患者因遗传、精神压力、Hp感染等存在胃酸分泌过多。过多胃酸使溃疡面处于酸性环境，持续刺激受损黏膜加重炎症，同时抑制黏膜细胞增殖修复，形成“修复-侵蚀”的恶性循环，阻碍愈合。

正常胃酸分泌有昼夜节律，夜间分泌少利于黏膜修复。但精神压力大、作息不规律者会出现分泌节律紊乱，夜间胃酸增多。此时胃内无食物中和，过多胃酸直接作用于溃疡面，严重影响夜间修复，导致愈合缓慢。

4.治疗不规范，“治标不治本”导致复发

胃溃疡治疗需一定疗程，抑酸药通常需服4~8周，Hp根除治疗需10~14天。很多患者服药1~2周症状缓解后擅自停药，此时溃疡仅表面愈合，黏膜下炎症未愈，停药后极易复发。

还有患者将胃溃疡与普通胃炎混淆，自行用药，延误针对性治疗时机，使溃疡反复不愈。

综上，胃溃疡难以自愈是内外因素共同作用的结果，涉及致病因素持续存在、黏膜修复能力下降、胃酸分泌异常、精神心理影响及治疗不规范等。患者需在医生指导下规范治疗、根除病因，同时改善生活方式、保持良好心态，才能从根本上促进愈合、降低复发风险。☺