

他脏器损,收缩压大于 90 mmHg 通过输血或输液使血压维持稳定,患者无凝血功能障碍等合并症,可以采用非手术保守治疗。但是在治疗期间严密监测生命体征;应用抗生素及止血药;严密监测血红蛋白、红细胞比容及尿量;期间行 B 超动态监测。如出现经补液大于 2 000 mL,输血大于 800 mL 以上,生命体征仍不稳定,血红蛋白和红细胞比容进行性下降,腹胀进行性加重, B 超监测下显示腹腔继续出现,或出现腹膜刺激征,或怀疑有肠等空腔脏器破裂,要及时转为手术^[2]。在本组病例中, 21 例行非手术保守治疗,其中 8 例中转为手术治疗。

脾破裂手术多为全脾切除术和脾修补术。对于全脾切除来说,患者脾脏大多为 III、VI 级损伤,入院救治时已经有失血性休克征象,应尽快行腹腔穿刺抽血检查,同时要施行抗休克治疗措施,扩充血容量,做好输血准备。在临床上,手术止血是最重要的抢救措施。如果在术中发现脾脏为粉碎性破裂或者脾脏血管蒂破裂,即可行全脾切除术。对于一些老年患者,往往合并有动脉硬化,也应行全脾切除术。在本组病例中, 62 例手术中, 34 例行全脾切除术,其中 16 例在大网膜行自体脾组织移植。

脾脏具有调节血液、免疫、内分泌系统的功能。现在人们对脾脏的免疫功能愈来愈重视,保留脾脏的观点逐渐加强,特别是处于发育期的儿童青少年,保脾手术更为重要。所以有

人就提出以破裂口修补和部分脾切除术代替全脾切除术。对于全身一般情况好、腹腔无污染的患者,可考虑脾切除后行自体脾片在大网膜上移植,或行脾修补术、部分脾切除术^[3,4]。在本文中,行脾修补术 28 例。

综上所述,脾破裂诊治时要注意外伤史,结合 B 超和 (或) CT 检查或者腹腔穿刺做出正确诊断;要根据患者具体临床情况进行手术治疗和非手术治疗;非手术治疗时要严密观察患者临床体征变化,做好中转手术准备,手术治疗时尽量做到保留脾脏。

参 考 文 献

[1] 连 涛,刘剑波,郭亚军. 创伤性脾破裂 186 例诊治体会 [J]. 陕西医学杂志, 2008, 37(10): 1390- 1391
 [2] 韩 珣,于 进. 创伤性脾破裂非手术治疗 27 例体会 [J]. 中国医刊, 2006, 41(10): 45- 46
 [3] 何财富,刘 涌. 95 例创伤性脾破裂的诊治分析 [J]. 浙江创伤外科, 2008, 13(1): 48- 49
 [4] 钟 锋. 保脾治疗外伤性脾破裂 22 例 [J]. 广西医学, 2008, 30(5): 736- 737.

(收稿日期: 2009-11-17 修回日期: 2010-01-20)

CO₂ 激光治疗皮肤病 1 136 例临床分析

黄世章

(广西防城港市第一人民医院皮肤科, 防城港市 538021)

【摘要】 目的 观察 CO₂ 激光治疗皮肤病的效果。方法 应用 CO₂ 激光手术治疗机,波长 10.6 μm,输出功率 0~30W,凝固、气化、切割皮损。结果 CO₂ 激光治疗皮肤病 17 个病种,共 1 136 例患者,其中治愈 1 100 例,好转 35 例,治愈率达 97%,操作简单。结论 CO₂ 激光治疗皮肤病治愈率高,疗效显著,不留疤痕。

【关键词】 CO₂ 激光; 皮肤病; 治疗

【中图分类号】 R 751.05 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2010)01-0054-02

激光技术是科技领域中的重大成果,并在实践的过程中衍生了一门新学科 - 激光医学,其独特的治疗手段,优越的止血效果,迅速的组织碳化,方便的操作及满意的疗效使其已被广泛应用于皮肤科领域。近年来,我科应用 CO₂ 激光治疗多种皮肤病,取得了良好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为我科门诊患者,男 734 例,女 402 例,年龄最小 2 岁,最大 82 岁。其中寻常疣 283 例,扁平疣 56 例,跖疣 76 例,丝状疣 42 例,尖锐湿疣 329 例,阴茎珍珠状丘疹 28 例,软纤维瘤 16 例,脂溢性角化病 18 例,皮脂腺痣 16

例,蜘蛛痣 12 例,色素痣 182 例,疣状痣 12 例,睑黄疣 18 例,纹身 12 例,血管角皮瘤 14 例,皮角 2 例,化脓性肉芽肿 20 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 仪器采用国产的 CO₂ 激光手术治疗机,波长 10.6 μm,输出功率 0~30W,根据病损大小、深浅调整。

1.2.2 治疗方法 皮肤常规消毒,2% 利多卡因局部浸润麻醉,根据病损大小、深浅采用凝固、气化、切割。有蒂、病损大的以切割为主,直到皮损完全消失。术后用湿润烧伤膏外搽,同时暴露创面,保持局部干燥清洁,如继发感染可加用抗生素口服,直至创面脱痂而愈。

1.3 疗效标准 经 1~3 次的治疗,随访 3 个月观察疗效。治愈:症状和体征全部消失;显效:症状与体征基本消失;好转:症状与体征部分消失;无效:症状与体征无变化。

作者简介:黄世章 (1962~),男,大专,主治医师,研究方向:皮肤病诊治。

2 结果

采用 CO₂ 激光治疗 17 个病种共 1 136 例患者, 结果见表 1。

表 1 CO₂ 激光治疗 17 种皮肤病的疗效

	例数	治疗次数	治愈	显效	好转	无效
寻常疣	283	1~ 2	271	12	0	0
扁平疣	56	1	56	0	0	0
跖疣	76	1~ 2	70	6	1	0
丝状疣	42	1	42	0	0	0
尖锐湿疣	329	1~ 3	321	8	0	0
阴茎珍珠样丘疹	28	1	28	0	0	0
软纤维瘤	16	1	16	0	0	0
脂溢性角化症	18	1	18	0	0	0
皮脂腺痣	16	1	16	0	0	0
蜘蛛痣	12	1	12	0	0	0
色素痣	182	1	176	6	0	0
疣状痣	12	1~ 2	10	2	0	0
睑黄疣	18	1	18	0	0	0
纹身	12	1	11	1	0	0
血管角皮瘤	14	1	14	0	0	0
皮角	2	1	2	0	0	0
化脓性肉芽肿	20	1	20	0	0	0
合计	1 136	1~ 3	1 100	35	1	0

3 讨论

CO₂ 激光是波长 10.6 μm 的红外光, 极易被人体皮肤所吸收, 可瞬间局部产生近千度高温, 致使组织发生凝固、碳化或汽化, 可精确地局限于治疗部位^[1]。以前对于如色素痣、寻常

疣和尖锐湿疣等均以手术或外搽药物, 对局部组织损伤大, 伤口易感染。目前治疗尖锐湿疣的方法较多^[2-4], 各有优缺点。从本组治疗的患者可以看出, CO₂ 激光手术有如下优点: ①出血少或不出血, 手术野清晰; ②手术时间短, 精确度高, 治疗过程即为止血过程, 有利于美容及伤口愈合; ③非机械接触, 手术区温度高, 感染机会少^[2], 弥补了传统药物腐蚀或手术切除所造成出血多、痛苦大、组织损伤多、易于造成瘢痕的不足。但值得注意的问题是 CO₂ 激光只能封闭管径小于 0.2~0.3 mm 的血管。因此, 应根据具体的病种、病变范围, 深浅及部位, 采取分批次治疗。如遇到治疗巨大性或多发性尖锐湿疣, 出血量较多时, 可采用棉签或纱布边压迫止血边治疗, 必要时可在纱布上滴少量肾上腺素, 止血更佳。另外, 对瘢痕体质的人应慎用激光, 特别是脸部皮损应采用分次治疗, 切忌过深而引起凹陷及瘢痕, 避免不必要的医疗纠纷。本组用激光治疗各种皮肤病, 治愈率达 96.8%, 操作简单, 术中出血少, 组织损伤少, 痛苦小, 术后不需休息, 患者乐于接受。

参 考 文 献

- [1] 张学军. 现代皮肤病学基础 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1459.
- [2] 李新艳. 微波加外用干扰素治疗女性尖锐湿疣的临床分析 [J]. 微创医学, 2008, 3(2): 149-150
- [3] 钟 华, 李晶晶, 贺红英. 四种疗法治疗女性外阴尖锐湿疣疗效比较 [J]. 广西中医学院学报, 2007, 10(3): 37-39
- [4] 滕盛科, 闫 衡, 郭 亮, 等. 电灼联合斯奇康治疗难治性尖锐湿疣的疗效观察 [J]. 广西医学, 2007, 29(2): 263-264

(收稿日期: 2009-11-17 修回日期: 2010-01-19)

• 综 述 •

弥漫性轴索损伤动物模型的现状 & 研究进展

黎 会 谭源福

(广西医科大学第一附属医院神经外科, 南宁市 530021)

【关键词】 弥漫性轴索损伤; 动物模型; 微创

【中图分类号】 R 651.15 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2010)01-0055-04

弥漫性轴索损伤 (DAI) 是导致颅脑外伤患者重度伤残、植物状态和死亡的常见原因, 是颅脑外伤中的一种原发性损伤, 其病情重、治疗难、预后差、死亡率高, 如何有效治疗弥漫性轴索损伤、降低致残率及死亡率是一个重要的研究课题^[1]。本文对 DAI 的动物实验研究作一综述。

1 概 况

1956 年 Strich^[2] 通过对 15 例严重闭合性颅脑外伤病人尸检材料的研究后, 首次提出重度颅脑外伤后脑白质弥漫性退行性变概念。此后, Adamson^[3] 做了大量这方面的工作, 并于 1982 年正式提出弥漫性轴索损伤的概念。目前, 对于 DAI 机

制的认识趋于一致, 即由于外力使头部产生线或角加速度, 在脑组织内产生剪切力, 导致神经轴索受损甚至断裂、毛细血管撕裂为损伤特征的一系列病理生理变化, 其主要病理特征为轴索肿胀和轴索回缩球形成, 伴脑实质不同程度的胶质细胞肿胀、变形, 血管周围间隙扩大及弥漫性脑肿胀^[4], 是一种原发性脑损伤, 多发生于线或角加速度过程中, 主要由惯性负荷所产生的剪应力、张应力、压应力所致, 与接触现象无关。损伤区域主要发生在胼胝体、皮髓质交界区、脑干上端背侧等部位, 以意识障碍为典型临床表现^[5]。以往认为弥漫性轴索损伤仅仅是一种原发性脑损伤, 轴索在受伤瞬间或伤后短时间内断裂, 病理过程短暂且不可逆。近年来, 人们发现外力除导