

去炎舒松治疗病理性瘢痕 56 例体会

韦林 李明月

(贵州省铜仁地区人民医院 铜仁 555103)

关键词:去炎舒松;病理性瘢痕;药物治疗

中图分类号:R 751.05

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0076-01

病理性瘢痕包括增生性瘢痕和瘢痕疙瘩,长期以来,临床上多采取手术加放射治疗为主,对病人痛苦较大,治疗费用较高。2001 年以来,我们使用去炎舒松局部瘢痕组织内注射的方法治疗病理性瘢痕,取得了良好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例共 56 例,其中男 14 例,女 42 例,年龄最大 58 岁,最小 6 岁,平均 28.6 岁。注射部位:前胸壁 16 例,面部 12 例,肩部三角肌区 8 例,颈部 6 例,下腹部 14 例。其中增生性瘢痕 34 例,瘢痕疙瘩 22 例。注射面积最小 0.06cm²,最大 15cm²。

1.2 治疗方法 本组病例全部使用去炎舒松(商品名:曲安耐德,40mg/支)。注射时先用龙胆紫标出病灶范围,将曲安耐德药液与 2%利多卡因按 1:1 比例混合,使用 5 号注射针头加压注射,将药液注入瘢痕组织内。注射时注意药液弥散范围不能超过病灶范围,保持适当压力使病灶组织内全部注入药液而呈现苍白色。注射剂量最小 4mg/次,最大 40mg/次,注射次数最少 4 次,最多 18 次,每周注射 1 次,1 个疗程 4~6 次,每个疗程结束后间隔 2~3 周根据病灶变化情况决定下一个疗程的治疗。

1.3 疗效评价 治愈:瘙痒或疼痛症状消失,病灶完全消失,颜色明显变淡或恢复正常皮肤颜色;显效:瘙痒或疼痛症状消失,病灶缩小、变平变软,颜色变浅、色泽变淡;有效:瘙痒或疼痛症状减轻,病灶颜色变浅、色泽变淡,缩小不明显;无效:病灶无

变化,症状无变化。

1.4 结果 治愈 23 例,占 41%;显效 18 例,占 32%;有效 10 例,占 18%;无效 5 例,均为瘢痕疙瘩病例,占 9%。总有效率 91%。随访 5 年,失访 31 例,随访病例中复发 5 例,均为瘢痕疙瘩病例,手术切除辅助放射治疗后治愈,所有病例未发现不良反应或副作用。

2 讨论

去炎舒松是一种强有力的糖皮质类固醇药物,是目前国内、外广泛应用的最有效的增生性瘢痕和瘢痕疙瘩的拮抗药^[1]。它的作用机制是通过显著减少 α-球蛋白胶原酶抑制剂,从而使胶原酶充分发挥分解作用,最终加速胶原退化。异常瘢痕病人的血清 α-球蛋白正常,说明 α-球蛋白增加只发生于病人的异常组织内,而不是血清中^[2]。病变组织内注射去炎舒松,主要副作用有:皮肤萎缩、脱色、毛细血管扩张、坏死、溃疡和类库欣综合征等,但大部分是可逆的,预防措施主要为:不要将药物注射到正常皮肤和控制用药剂量^[3]。本组病例注射面积最大不超过 15cm²,未发现不良反应或副作用。因此,我们认为去炎舒松病灶组织内注射治疗病理性瘢痕既是经济、方便的,也是安全、有效的。

参考文献

[1]汪良能,高学书.整形外科学[M].北京:人民卫生出版社,1989.332-334
[2]Diegelmann RF.Tissue alpha globulins keloid formation[J].Plast Reconstr Surg,1977,59(3):418-423
[3]王炜.整形外科学[M].杭州:浙江科学技术出版社,1999.437-443

(收稿日期:2008-11-26)

小腿筋膜室综合征的治疗体会

李海华

(江西省乐平市中医院 乐平 333300)

关键词:筋膜间隔综合征;小腿;手术疗法

中图分类号:R 681

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0076-02

筋膜间隔综合征系肢体创伤后发生的四肢特定的筋膜间隙内的进行性病变^[1]。由于筋膜间隙内的压力上升损害其血液循环引起肌肉和神经坏死,并最终因为过度肿胀导致皮肤坏死,它是骨科较为常见及治疗不当会导致预后极差的一种疾病。本科

自 2001~2006 年共收治 21 例小腿筋膜室综合征患者,由于对本病有充分了解及治疗及时,其疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 21 例,男 16 例,女 5 例,左侧

12 例,右侧 9 例,年龄 9~58 岁,平均年龄 32 岁。发病后 12h 内手术者 18 例,12h 后手术者 3 例。21 例患者均有外伤史,其中 7 例为反复整复加外固定过紧所致。合并胫、腓骨骨折 20 例(其中开放性 14 例)。

1.2 临床表现与诊断 受损筋膜室相应部位剧烈疼痛、高度肿胀 21 例(100%),肢体麻木及受损神经支配区感觉过敏及障碍 16 例(76%),主动活动障碍,被动屈、伸足趾时剧烈疼痛 21 例(100%),足背动脉搏动消失 4 例(19%),发病早期肌酸磷酸激酶升高 15 例(71%),并尿中出现肌红蛋白,尿隐血试验阳性。按 Whitesides 等^[2]应用静脉导管、三通和注射器及汞压气计测定间室压力,测定 11 例,均高于 40mmHg。

1.3 治疗方法 腓骨切除术是较彻底的方法,但很少有人用,单切口适用于肢体软组织无广泛损伤者,但这种情况很少,一般采用双切口法,此法安全且更有效。步骤:(1)于腓骨及胫骨脊中间做 20~25cm 长的小腿前间室纵行切口;(2)皮下分离,广泛显露筋膜间室,做横切口显露外侧肌间隔,恰在它的后方找到腓浅神经;(3)用 Metzenbdnm 剪沿胫前上下分开前间室,沿腓骨干纵行切开外侧间室;(4)在胫骨后缘后方 2cm 处做第 2 个纵行切口,行广泛的皮下分离以确认筋膜面;(5)向前牵开隐静脉及神经;(6)做一个槽切口,在深、浅后间室之间找到肌间隔,在整个间室长度上分离覆盖小腿三头肌的筋膜;(7)在趾长间屈肌表面另做一个筋膜切口,分离整个深后间室;(8)在向近端分离时,如果比目鱼肌起点延至胫骨远端时,则游离此延伸的肌肉起点;(9)分开后侧间室后找到胫后肌间室,如

果此间室张力明显增高,则分开此肌腔上的筋膜;(10)敞开伤口,充填敷料,用带足底的石膏包扎固定。术后处理:72h 后再回到手术室清除坏死组织,肌肉无坏死的迹象,则将皮肤松松地闭合。如伤口不能闭合,72h 后再次清创,此后可闭合皮肤或植皮。

1.4 结果 本组痊愈 19 例,部分肌肉坏死、神经变性 2 例。平均随访 10 个月,19 例 2~4 个月内小腿外形和功能均恢复正常,2 例手术后 6 个月小腿外形变细,肌力下降。

2 讨论

本病的治疗,早期诊断、早期处理是关键,因肌肉缺血 4~12h 及神经缺血 12~14h 即发生变性坏死。患者入院后应立即去除一切不利于血液循环的因素,如过紧外固定和绷带包扎,用手法整复、牵引等方法矫正移位严重又影响血运的骨折碎块。笔者认为在上述处理 1~2h 后循环无明显改善,测定间室压力在 30mmHg 以上,出现相应症状应当立即行切开减压。Sheridan 等报道,在筋膜间室综合征发生后 12h 内行筋膜切开减压术,68%病人的肢体能恢复正常;而如果把手术推迟到 12h 后或更长,只有 8%的病人可恢复正常^[3]。如果有怀疑,就应该开放筋膜间室。如果应该行筋膜切开术而未施行时,将可能发生肌肉功能丧失或更坏的后果。

参考文献

[1]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,1991.328
[2]Whitesides TE,Haney TC, Morimoto K,et al.Tissue pressure measurements as a determinant for need of fasciotomy [J].Clin Orthop Relat Res,1975,113:43-51
[3]卢世璧.坎贝尔骨科手术学[M].第 9 版.济南:山东科学技术出版社,2001.3 587

(收稿日期:2008-10-14)

20 例内镜下泪囊鼻腔吻合术的手术配合

王卫英

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

关键词:泪囊鼻腔吻合术;内窥镜;手术中护理

中图分类号:R 473.76

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0077-01

传统的泪囊鼻腔吻合术存在病人痛苦、视野小、操作困难而且面部有瘢痕等缺点。2005 年我院成功进行了首例内窥镜下泪囊鼻腔吻合术,为腔镜泪囊手术的开展奠定了基础。内镜下泪囊鼻腔吻合术,病人痛苦轻,视野清晰,步骤简化,颜面皮肤无切口,不遗留瘢痕,术后恢复快,深受患者的欢迎。我院自 2005 年 6 月至今,应用内镜技术对 20 例泪囊患者行内镜下泪囊鼻腔吻合术,效果良好。现将

手术配合体会介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 20 例,年龄 15~40 岁,平均 27 岁;男 7 例,女 13 例。手术全部成功,无并发症发生,平均住院天数 6d。

1.2 手术方法 全身麻醉加鼻腔表面麻醉下实施手术。在鼻丘处作一全长 1.2cm 的弧形黏骨膜切口“C”,将黏骨膜向后分离暴露泪囊窝(下转第 94 页)