

有其各自的优点和限制^[1]。高渗盐水在降低颅内压方面的应用研究早在 1919 年就开始了,但进展缓慢,且各文献报道的病例入选和排除标准、使用的盐水浓度,研究方法以及治疗效果都有所不同,使结果缺乏可比性,难以确定降低重型颅脑损伤患者颅内压的最佳高渗盐水浓度^[3]。本研究中作者采用了 3%、7.5%、23.4% 三种常用浓度的高渗盐水以及 20% 的甘露醇来降低重型颅脑损伤患者颅内压。比较这四种处理对患者内环境的影响,以及颅内压、平均动脉压、脑灌注压的变化情况,从中分析他们的疗效差别。在研究中,作者检测了患者的血清钾、钠、氯,血糖,尿素氮等水平,实验数据显示 4 次连续的用药,不论是何种浓度的高渗盐水还是甘露醇都未引起上述指标的明显变化。由此可见,这三种浓度的高渗盐水和甘露醇在 4 次连续用药后,对机体内环境的影响是没有明显差异的,这些结果也与相关报道相符^[4-6]。在颅内压降低程度上,三种浓度的高渗盐水均能引起颅内压的有效降低,并且在降压幅度上没有明显差别。而与甘露醇组相比,高渗盐水的降压幅度较大。但是在降压持续时间上,不同浓度的高渗盐水在降低颅内压方面的也有所不同,其长短依次为 3% HS 组(5.5±2.4h) > 7.5% (4.3±2.6h) > 23.4% (3.8±1.3h) 高渗盐水,并且均长于甘露醇组(3.1±1.4h)。在注射高渗盐水后,患者平均动脉压也出现相应的增高,并且变化时相与 ICP 变化时相相仿,但是变化方向相反,与报道相符^[5]。这可能与输入的高渗盐水或甘露醇引起血容量的增加有关,而这种变化也是高渗盐水提高脑灌注压的一个原因。

因此,在连续 4 次应用这四种脱水剂处理后,均可以在不影响机体内环境变化的情况下有效地降低重型颅脑外伤患者过高的颅内压,但从颅内压降低的持续时间上看,3% 的 HS 持续的有效时间最长,故作者认为 3% 的 HS 在这四种处理方法中最适合于控制重型颅脑外伤患者的颅内压。

参 考 文 献

- 1 王忠诚. 王忠诚神经外科学. 武汉:湖北科学技术出版社,2005.227~228.
- 2 Jose I, Suarez JJ. Editorial Comment: Salting the Brain to Improve CBF in SAH Patients. Stroke, 2003, 34(6): 1396.
- 3 叶珩,曾红科,李辉,等. 连续使用 23.4% 高渗盐水治疗颅内高压的临床研究. 广东医学,2005,26(4):483.
- 4 Harutjunyan L, Holz, Rieger A, et al. Efficiency of 7.2% hypertonic saline hydroxyethyl starch 200/0.5 versus mannitol 15% in treatment of increased intracranial pressure in neurosurgical patients: a randomized clinical trial. Crit Care, 2005, 9(5):R530.
- 5 冯东侠,毛宵鹏,叶富华,等. 3% 和 10% 高渗盐水治疗外伤性脑水肿合并颅内高压的临床对比分析. 中华微创神经外科杂志,2007,12(8): 377.
- 6 曾红科,叶珩,李辉,等. 高渗盐水在颅内压治疗中的应用. 中华急诊医学杂志,2004,13(4):264.

(修回日期:2009 年 8 月 9 日)

爱必肤在头面部急诊外伤 324 例中的应用分析

何景招 马 诚 何 芬

摘 要 目的:探讨人体组织粘合剂爱必肤(EPIGLU)在头面部创伤中的应用方法和临床效果。方法:将我科 2003 年 7 月~2008 年 12 月 324 例头面部创伤伤口常规消毒后用爱必肤粘合,直接观察伤口粘合愈合效果。结果:全部病例均 I 期愈合,无并发症。结论:爱必肤粘合头面部伤口效果理想,安全方便,疤痕不明显,适用临床推广使用。

关键词 爱必肤; 2-乙基氰丙烯酸酯; 急诊; 头面部创伤

DOI:10.3969/j.issn.1671-301X.2009.05.028

头面部创伤非常常见,患者或患儿家长常要求减少疤痕形成。爱必肤粘合伤口无毒副作用、减少疤痕形成、使用方便、无需换药拆线、减少病人痛苦、更易为患者所接受。本文报告我科 2003 年 7 月~2008 年 12 月应用爱必肤粘合 324 例头面部创伤伤口的情况,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 324 例头面部创伤病例中男 256

例,女 68 例;年龄 4 个月至 46 岁。伤口长 0.5~10 cm,伤口深达皮下组织 280 例,深达肌层 44 例。其中头皮裂伤 56 例,颌面部裂伤 278 例(包括前额、面部、上下眼睑、下颌和上下唇裂伤等)。所有病例均在伤后 6 h 内急诊。

1.2 方法 伤口常规消毒,清除异物、污染、失活组织,其中 68 例较深伤口先用 5-0 号丝线缝合皮下肌层。用无菌干纱布平压伤口至完全止血,仔细推动伤口皮缘至完全对合后,用爱必肤直接均匀点涂两遍,对于不规则伤口可分段进行粘合。6~15 s 后伤口牢固粘合,约 2 min 后干结,形成薄膜。术后患者无需换药,立即可以恢复日常生活。约一

作者单位:广东省东莞东华医院急诊科(523110)

周后伤口愈合, 粘附薄膜自行脱落。

2 结果

全部粘附伤口无一例发生感染, 均能 I 期愈合, 无伤口裂开、局部硬结、水泡形成、感染等情况。3 例患者因疤痕体质, 术后 2 周出现疤痕增生, 其余病例疤痕轻微细小、柔软, 也未见局部皮肤刺激或过敏反应。

3 讨论

爱必肤的主要成份 2-乙基氰丙烯酸酯单体为液体, 与水或人体组织接触后则变成多聚体, 可形成一层薄膜使伤口紧紧地粘在一起, 能较牢固地粘附皮肤^[1]。在组织、血液存在下固化速度更快, 具有吻合、止血、保护创面、防止感染的作用^[2,3]。该胶对皮肤无刺激, 创面粘附反应时间快, 广谱抑菌和部分杀菌作用, 能促进机体组织愈合, 伤口愈合后无明显疤痕, 无毒副作用等特点, 为外科医生提供了一种新的闭合伤口的良好方法。在应用爱必肤中, 我们的体会: (1) 手术切口必须先对合整齐, 而且要保持相对干燥, 涂抹医用胶用力要均匀, 动作要迅速。(2) 粘附伤口时, 用胶量不宜太多, 均匀稀薄一层为宜, 达到粘附效果即可, 否则医用胶在伤口内形成坚硬的胶块, 反而影响伤口愈合。(3) 尽量不要将医用胶直接滴于伤口内, 以防过多的医

用胶在伤口内形成胶痂, 妨碍伤口愈合。(4) 对于张力大的伤口, 可先间断缝合皮下再涂胶, 避免死腔形成和伤口裂开。(5) 点涂爱必肤前, 应尽量清除血凝块、异物及失活组织, 充分止血, 否则影响粘附力及发生感染。

总之, 爱必肤粘附伤口效果理想, 安全高效, 无不良反应, 伤口愈合疤痕小, 达到美容效果^[4,5]。避免患者缝合、换药、拆线之苦和恐惧心理, 更易于患者接受与喜爱, 可完全替代传统缝合法, 值得推广应用。

参 考 文 献

- 1 周祁, 毕燕龙. 生物胶粘接创口法在急诊眼睑皮肤裂伤的应用. 同济大学学报(医学版), 2006, 27(5): 89.
- 2 陈默. 医用胶粘附外伤小伤口 265 例疗效观察. 中国中医急诊, 2008, 34(11): 73.
- 3 付应波, 陈忠, 周渝, 等. 福爱乐医用胶 406 例胸腹部外伤急诊手术中的应用体会. 临床外科杂志, 2008, 26(4): 840.
- 4 周鼎, 于永斌. 医用粘附剂在眼科手术中的应用. 哈尔滨医科大学学报, 2008, 42(1): 97.
- 5 曹颖. 医用胶在颌面外伤及颌面外科手术中的应用. 口岸卫生控制, 2008, 13(1): 62.

(修回日期: 2009 年 4 月 28 日)

器械缝合在肺部手术中的应用

陈滚新 李卓毅 张红日 陈立强 黄少先

摘要 目的: 探讨器械缝合在肺部手术中的应用。方法: 回顾性分析 2006 年 6 月至 2009 年 5 月我科应用器械缝合 137 例肺部手术和手工缝合 35 例肺部手术的临床资料。结果: 器械缝合术后发生肺部感染 5 例, 无咯血痰, 无支气管残端瘘; 手工缝合术后发生支气管残端瘘 1 例, 咯血痰 4 例, 肺部感染 2 例。结论: 与手工缝合比较, 器械缝合肺部手术操作简便, 快捷安全, 可提高肺部手术安全性。

关键词 器械缝合; 肺部手术; 支气管残端瘘

DOI: 10.3969/j.issn.1671-301X.2009.05.029

我院胸心外科自 2006 年 6 月至 2009 年 5 月施行肺部手术 172 例, 其中手术中应用器械缝合 137 例, 效果良好, 现将有关资料报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 172 例中男 146 例, 女 26 例; 年龄 15~81 岁, 平均 46.7 岁。其中手工缝合 35 例, 器械缝合 137 例(闭合器缝合支气管 64 例, 直线型切割缝合器和腔镜直线型切割缝合器缝合肺实质 73 例); 手工结扎缝合支气管 10 例, 手工切除缝合肺实质 33 例。

1.2 手术方法 (1) 器械缝合: ①肺叶切除及全肺切除手

术: 患者在硬外麻、双腔管气管插管全麻后, 取健侧卧位, 采用标准后外侧切口或胸腔镜辅助小切口, 常规解剖肺裂, 处理血管, 直线型切割缝合器或腔镜直线型切割缝合器切割缝合肺实质(发育不完全的肺裂), 解剖出相应的支气管, 利用一次性支气管闭合器缝合支气管, 然后沿闭合器外侧切断支气管, 移去病肺, 碘伏消毒支气管残端, 退下闭合器, 3-0 Dexon 线连续褥式缝合支气管残端, 残端不做包埋处理, 水试验无漏气后, 置胸腔闭式引流管, 关胸。②肺楔形切除或肺大泡切除手术: 麻醉、体位、切口同上, 入胸探查找到病灶后, 予直线型切割缝合器或腔镜直线型切割缝合器切割缝合肺实质, 切除病灶, 水试验, 置胸管后关胸。(2) 手工缝合: ①肺叶切除及全肺切除手术: 麻醉、体位、切口、解剖肺裂处理血管同上, 两把胸科弯钳钳夹肺实

作者单位: 广东省台山市人民医院胸心外科(529200)