

DNA 检测阳性率高达 72.2% 基本一致。连续 3 d 尿标本的检测与一次尿标本检测,阳性率有所不同,前者更高。另外,尿标本简单易取,取样不会给患者带来痛苦和增加感染机会,且较 X 线检查诊断肾结核有早期诊断的优势。因此,不难看出荧光 PCR 技术检测尿中结核杆菌对临床肾结核及泌尿系结核的诊断且有无可代替的重要作用。

【参考文献】

[1] 李彦锋,方玉华.临床肾结核 32 年回顾(附 349 例分析)[J].中华

泌尿外科杂志,1998,19(3):486-489.

[2] 王利,吴明江.全国结核病防治工作手册[M].北京:卫生部疾病控制司医药司,1999:1-140.

[3] 王苏民.结核病及其实验技术的现代与展望[J].中华检验医学杂志,2001,24(2):71-72.

[4] Cambau E, Wicliacz C, Truffiot P, et al. Evaluation of the new MB redox system for detection of growth of mycobacteria [J]. J Clin Microbiol, 1999, 37: 2013-2015.

收稿日期:2007-07-12;修回日期:2007-08-13 责任编辑:李新志

甲状腺手术切口爱必肤粘合与皮内缝合的对比分析

刘鄂长,林秀云,路中江,林海,魏振铨,邱国煌

【摘要】目的:对比研究爱必肤粘合剂与皮内缝合对甲状腺手术切口的影响。方法:将同期的甲状腺手术随机分组,切口皮肤 36 例予爱必肤粘合,36 例予 5-0 可吸收线皮内缝合,观察关闭皮肤时间、切口疼痛程度、愈合情况、美观效果。结果:在关闭皮肤时间方面爱必肤组明显短于皮内缝合组,差异有显著性($t=9.6, P=0.0000$)。在切口疼痛率、甲级愈合率、疤痕明显程度方面爱必肤组与皮内缝合组差别无显著性($P=1.0000$)。结论:爱必肤作为关闭切口皮肤的一种方法,在甲状腺手术中值得大力推广。

【主题词】 粘合剂;缝合技术/方法;甲状腺切除术;人类

【中图分类号】 R659

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-6647(2007)24-5754-02

我们于 2006-01~2007-01 随机用组织粘合剂爱必肤(EPIGLU)和皮内缝合分别处理甲状腺手术切口,对两种处理方法关闭皮肤的时间、切口疼痛程度、愈合情况、美观效果进行对比分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 甲状腺手术切口处理 72 例患者,采取随机分组。爱必肤组 36 例,男 11 例,女 25 例,年龄(36±6)岁;皮内缝合组 36 例,男 14 例,女 22 例,年龄(34±7)岁。患者均为甲状腺腺瘤行一侧腺叶切除或次全切除的择期手术,无合并症。两组性别($\chi^2=0.5515, P=0.4577$),年龄($t=1.3016, P=0.1973$)差别无显著性,两组有可比性。人体组织粘合剂爱必肤(EPIGLU)系德国 Meyer-Haake Medical Innovations 公司生产,规格:0.3 ml/支;成分:0.1 g 爱必肤(EPIGLU)溶液含有 94.45 mg α -乙基胍丙氨酸酯;批号:43761533。

1.2 方法 每例患者均为胸骨上切迹上方两横指的沿皮纹长约 6~8 cm 的横切口,切口前用圆规蘸龙胆紫等距离标记切口

上下的对应点。在缝合完颈阔肌后按分组不同分别处理皮肤。爱必肤组:用有齿镊将皮肤逐段对合平整,避免伤口缘外翻及拭干渗液,将少许爱必肤滴在切口皮肤表面后及时抹平,直至完成整个切口的粘合,待干透后整个切口表面再涂一稍宽的薄层固定。皮内缝合组:5-0 可吸收线连续皮内缝合皮肤,切口两端缝线穿过皮肤,在皮肤外打结,待术后第 5 天拆除缝线。术后第 2 天,观察患者切口有无疼痛。术后第 5 天,观察切口愈合类型。术后 6 个月观察切口疤痕明显程度。

1.3 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用四格表 χ^2 检验,校正的 χ^2 检验或确切概率法。

2 结果

爱必肤组与皮内缝合组在关闭皮肤时间、切口疼痛、愈合类型、切口疤痕明显程度方面详见表 1。在关闭皮肤时间方面爱必肤组明显短于皮内缝合组,差异有显著性($t=9.6, P=0.0000$)。在切口疼痛率、甲级愈合率、疤痕明显程度方面爱必肤组与皮内缝合组差别无显著性($P=1.0000$)。

表 1 爱必肤组与皮内缝合组在关闭皮肤时间、切口疼痛、愈合情况、疤痕明显程度方面的比较

组别	关闭皮肤时间		切口疼痛(例)		愈合情况(例)			疤痕明显程度(例)		
	时间	有	无	疼痛率(%)	甲级	乙级	甲级率(%)	明显	不明显	疤痕明显率(%)
爱必肤组	7±3	2	34	5.6	35	1	97.2	1	35	2.8
缝合组	15±4	3	33	8.3	36	0	100	0	36	0

注:(1)关闭皮肤时间比较, $t=9.6, P=0.0000$;(2)切口疼痛率比较,校正 $\chi^2=0.0000, P=1.0000$;(3)甲级愈合率比较,确切概率法 $P=1.0000$;(4)疤痕明显程度比较,确切概率法 $P=1.0000$ 。

3 讨论

传统的甲状腺手术切口均较长,且位于颈前暴露部位,手术切口情况始终是患者关注的重要内容之一。近年来,可吸收线皮内缝合逐渐取代普通丝线间断缝合,患者术后切口的美观

在很大程度上得到保证。爱必肤作为关闭切口皮肤的一种方法,近年来也逐渐应用于临床。

爱必肤是一种以 α -乙基胍丙氨酸酯为主要成分的组织粘合剂,单体时为液体,遇人体组织接触则变为多聚体,可形成一层薄膜,使切口缘紧紧地粘在一起。该研究中爱必肤组关闭皮

肤时间明显短于皮内缝合组,实际工作中皮内缝合相对而言较烦琐,对于技术要领掌握不好的情况下,皮肤对合可能会呈锯齿状,影响缝合效果。作者做皮内缝合已有 10 多年的经验,故该研究中未出现影响切口美观的病例。而爱必肤粘合皮肤的操作相对而言,较简便,技术要领容易很快掌握。

动物试验表明,爱必肤张力系数可达 $16 \sim 21 \text{ kg/cm}^{20}$,能较牢固地粘合皮肤,皮缘两侧受力均匀,不易引起切口疼痛。该研究中,爱必肤组在切口疼痛方面与皮内缝合组差别无显著性,也支持这一观点。

爱必肤形成的薄膜有防水作用,能有效地避免汗液等外来物对伤口的污染;患者术后早期即可进行洗浴,有利于保持周围皮肤的清洁;爱必肤同时还有抑菌及杀菌作用^[2]。这些均已有利于切口的甲级愈合。该研究中,爱必肤组在切口甲级愈合率方面与皮内缝合组差别无显著性,说明爱必肤粘合皮肤是安全有效的。

爱必肤粘合的皮肤切口,皮缘两侧受力均匀,有利于切口的平整愈合,其切口组织反应轻,可最大程度地减少切口疤痕及疤痕增生的出现^[3],该研究中,爱必肤组在切口疤痕明显程度方面与皮内缝合组差别无显著性的结果证实了爱必肤粘合的

皮肤切口同样可以起到理想的美容效果。

因爱必肤在皮肤表面 7d 左右的时间才能脱落,且密封性很强,皮缘附近的少量积液不能引流出来,就容易影响到切口的愈合及术后切口的美观。爱必肤组中 1 例切口乙级愈合,正是皮下积液所致。所以,爱必肤粘合皮肤的操作要领是:手术操作要轻柔,避免皮下组织的过度损伤;皮下要充分止血;颞颥肌对合缝合要确保疏密一致,层次分明;皮肤对合好后在粘合前一定要擦干切口缘的渗液;避免爱必肤渗入皮下。注意这些细节均有利于保证爱必肤粘合切口的良好效果。

【参考文献】

- [1] Sano H, Jain VK, Kato Y, et al. The treatment of dural AVM by embolization with aron alpha (ethyl-2-cyanoacrylate) [J]. Acta Neurochir, 1987, 88(1-2): 10-19.
- [2] Gonzalez E, Orta J, Quero C, et al. Ethyl-2-cyanoacrylate fixation of the cranial bone flap after craniotomy [J]. Surg Neurol, 2000, 53(3): 288-289.
- [3] 王继华, 赵亚南, 夏国兴, 等. 组织粘合剂“爱必肤”在整形外科中的应用 [J]. 中国美容医学, 2004, 13(2): 180-181.

收稿日期: 2007-07-13; 修回日期: 2007-08-16 责任编辑: 李新志

重型颅脑损伤后高血糖反应的临床观察

周志彪, 杜卫东

【摘要】 目的: 探讨重型颅脑损伤与伤后高血糖反应的临床关系。方法: 通过对 116 例重型颅脑损伤患者空腹血糖、治疗措施及预后资料的回顾性分析。结果: 重型颅脑损伤后血糖水平显著升高, 与伤后格拉斯哥评分(GCS)、预后(GOS)有显著相关($P \leq 0.01$), 胰岛素治疗组与对照组相比差异有显著性($P \leq 0.05$)。结论: 高血糖可严重的影响颅脑损伤的预后, 应密切监测重型颅脑损伤患者的血糖, 对指导治疗、减少并发症、降低死亡率有临床意义。

【关键词】 颅脑损伤/并发症; 高血糖症/病因学; 血糖/分析

【中图分类号】 R651.150.4

【文献标识码】 A **【文章编号】** 1009-6647(2007)24-5755-02

现将我院 2003-03~2007 03 收治的 116 例重型颅脑损伤患者入院后 24 h 内的血糖与格拉斯哥昏迷计分(GCS)、预后评分(GOS)及胰岛素治疗对预后的影响进行了回顾性分析如下。

1 对象和方法

1.1 对象 患者 116 例, 符合下列条件, (1) 选择均为重型颅脑损伤(GCS ≤ 8 分)患者, 伤后 12 h 内入院治疗。(2) 生存期超过 1 周。(3) 伤前无肾功能异常, 无重要脏器合并伤, 无糖尿病史, 伤后未使用激素。其中男 81 例, 女 35 例, 年龄 14~71(平均 38.6)岁, 损伤原因: 车祸伤 80 例, 打击伤 22 例, 坠落伤 14 例。损伤类型: 脑挫裂伤 36 例, 颅内血肿 42 例, 脑挫裂伤伴颅内血肿 38 例。其中 GCS 3~4 分的 34 例, GCS 5~6 分 38 例, GCS 7~8 分 44 例。

1.2 方法

1.2.1 病例分组 (1) 以患者入院时的 GCS 评分分为: G1(GCS 3~4 分), G2(GCS 5~6 分), G3(GCS 7~8 分) 3 组。(2) 以预后的判定, 根据 GOS 评分, 在伤后 1 个月将患者预后分为良好、差、死亡 3 组。(3) 将伤后治疗分为胰岛素治疗组(常规治

疗+每 1 g 糖+3~4 U 胰岛素)和非胰岛素治疗组(常规治疗)。入选病例按照颅脑损伤的分型标准随机分组, 进行性别、年龄、病情、入院时血糖浓度分层均衡性检验, 差异无显著性, 具有可比性。

1.2.2 血糖的测定 患者入院后 24 h 内, 次日晨空腹静脉血, 测血糖值, 血糖的测定均采用自动生化分析仪完成, 血糖标准值为 $(4.14 \sim 6.44 \text{ mmol/L})$ 。

1.3 统计学处理 对计量资料采用均数±标准差, 对 GCS、GOS 组间的血糖值作方差分析的基础上的 F 检验和等级相关分析; 对治疗组和对照组之间作 Fisher 确切概率法检验, ($P \leq 0.05$) 为差异有显著性。

2 结果

2.1 脑外伤后患者的血糖值与 GCS 的关系 见表 1。

表 1 外伤后血糖值与入院时 GCS 评分的关系($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血糖值(mmol/L)
G1	34	11.9±2.6
G2	38	9.6±1.5
G3	44	7.3±1.8

由表 1 可见, 各组间 GCS 计分越低, 血糖值越高, 差异有显