维普资讯 http://www.cqvip.com

耳部瘢痕治疗的体会

张 浩* 王 野* 张雪松*

耳部瘢痕形成的最常见原因是烧伤[1]。由于双耳为外露器官，瘢痕的存在不但影响美观，而且影响听觉功能，甚至对病人的心理也会产生大的损害，所以耳部瘢痕寻求治疗的病人较多。1998年以来治疗13例共21只耳部瘢痕，根据治疗的体会加以简要的分析。

一、资料与方法

1.临床资料：病人年龄最大47岁，最小18岁。火焰烧伤7人，热水烫伤4人，酸烧伤1人，痤疮毛囊感染反复刺激导致瘢痕增生1人。所有病耳损伤后依靠组织自行生长修复，最终形成瘢痕愈合，并且增生较明显。就诊时间为创面愈合后的3～24个月。

2.由于烧伤的部位与程度的不同，形成各种不同程度的缺损与畸形。耳前深度烧伤可以造成耳廓向前粘连，，严重时阻塞外耳道。耳后皮肤烧伤瘢痕形成，造成耳廓与乳突部粘连。软骨感染破坏，使软骨挛缩增厚变形，卷曲成不整齐的菜花状耳[2]。耳廓皮肤孤立性瘢痕增生4只耳，耳廓粘连10只耳，耳廓（包含软骨）部分缺损5只耳，菜花状耳2只。

3.治疗方法：(1)耳廓皮肤较小的增生性瘢痕，采取切除后直接缝合。较大而孤立的增生性瘢痕切除后皮肤缺损较大，采用游离植皮。(2)耳廓粘连病人经切除瘢痕松解挛缩，都有较大的皮肤缺损，采用全厚或中厚皮片移植。(3)耳廓软骨缺损较大时，采用自体软骨移植后，表皮V－Y成形术或植皮术[3]。2例菜花状耳在切除增生性瘢痕和变形软骨后，已失去正常耳的外形，实施全耳再造术。

二、结果

所有接受治疗者的耳部外观较手术之前均得到明显的改善，恢复了耳的基本外形。单纯采取切疤缝合的效果较好，其余的病耳外观上切口都有一定的瘢痕增生，移植的皮肤颜色较深，弹性较差。

三、讨论

瘢痕是创伤愈合过程中的必然现象，由于瘢痕组织与正常皮肤组织的结构和形态不一致，加上瘢痕生长过度时发生的功能障碍，因此可影响外貌[2]。目前瘢痕的治疗有非手术治疗和手术治疗两种方法。非手术治疗方法中弹力套压迫是最有效的，但是由于耳部的解剖结构的特殊性，弹力套很难发挥有效的作用。所以手术是治疗耳部瘢痕的最佳选择。因为切口瘢痕增生的问题不能完全避免，故术后或多或少出现瘢痕的再次增生。多数就诊者希望整形美容手术来达到常人的外观而没有痕迹。就目前医疗技术水平和中国人种的特点来讲，很难达到这一标准。无论采取何种手术措施，由于最终的效果与病人自身的期望有着一定的差距，所以在术前一定要向病人及家属反复强调整形美容手术的特点，以避免不必要的麻烦。本组13例病人中，有12例满意地接受了手术结果。有一例病人经过了3次手术修复，对最终效果一般满意。

瘢痕增生的时间为术后的3～6个月，所以术后复查很有必要。早期对于有明显瘢痕增生倾向的切口可以利用同位素敷贴治疗，抑制其增生，接受治疗的3例均收到较好效果。

对于耳软骨破坏严重的病人、全耳再造成为唯一的选择。肋软骨移植作为耳廓再造术支架材料，移植软骨依靠周围组织的渗液中吸取营养而成活[3]。再造耳的外观主要取决于软骨的雕刻，这和医生的手技相关连，更要求医生的良好审美观。

修复瘢痕与畸形，使受损伤的耳部最大限度接近正常的外观，改善容貌，是就诊者的要求，也是医生奋斗的方向。

参 考 文 献

1.罗锦辉.耳廓畸形与缺损.见：汪良能，高学书，主编.整形外科学.北京：人民卫生出版社，1989.565－566.
2.宋儒耀，主编.美容整形外科学（增订版）.北京：北京出版社.1993.175.
3.韩岩，李向东.组织移植，见：艾玉峰，柳大烈，主编.美容外科学.北京：科学出版社.1999，124－125.

（收稿日期：2002－04－26）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院整形烧伤科

格林巴利综合征患儿尿锌的观察

孟庆云* 王 禹* 邓范艳*

格林巴利综合征（AIP）是小儿常见的神经系统疾病之一，对于本病微量元素锌变化的报道较少。本科于1990至2000年间观测了40例AIP患儿的发锌、血清锌和尿锌含量的变化，并分析其与临床表现的关系，为今后的临床应用提供参考，现报道如下。

* 作者单位：154003 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院儿科

维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

40例AIP患儿，男27例，女13例。年龄1～14岁，平均6.5岁。临床症状均表现为对称性、弛缓性、进行性肢体瘫痪，腱反射减弱或消失，其中17例伴有颅神经受累的表现，有7例出现呼吸肌麻痹。笔者在疾病的急性期和恢复期分别做了发锌、血清锌和尿锌含量的测定（恢复期31例，另外9例中3例死亡，6例转院）。检测仪器为日本产AA－646原子吸收分光光度计，采用光谱法测定，所得数据用微机进行统计学处理。各项正常值范围分别为发锌 110～170μg/g；血清锌 80～120μg%；尿锌 100～700μg/d。

二、结果

1.急性期与恢复期患儿锌值对比情况见表1。发锌与血清锌在两期无明显变化，唯尿锌在急性期显著增加，与恢复期相比有显著差异，见表1及表2。

表1 AIP急性期与恢复期患儿锌值对比（$\bar{x} \pm s$）

病程	n	发锌(μg/g)	血清锌(μg%)	尿锌(μg/d)
急性期	40	$125.7 \pm 20.04^{\triangle}$	$110.8 \pm 16.96^{\triangle}$	$1451.3 \pm 411.9^{\blacktriangle}$
恢复期	31	$122.9 \pm 16.83^{\triangle}$	$101.8 \pm 13.01^{\triangle}$	$713.9 \pm 178.87^{\blacktriangle}$

注：两组比较，$^{\triangle}P>0.05$，$^{\blacktriangle}P<0.05$

2. AIP病情与尿锌的关系，见表2。由表2可见患儿病情越重，急性期患儿尿中排出的锌越多，而恢复期中患儿尿锌排出量显著减少，呈显著性差异。

表2 AIP病情与尿锌的关系

项目	AIP病情	重	中	轻
尿锌(μg/d)	急性期	1863.2	1451.3	1039.4
	恢复期	893.7	713.9	534.1

注：两组比较，$P<0.05$

三、讨论

锌是人体必需的微量元素之一，国内外大量研究证实，人体内有近80种金属酶必需锌离子，锌在正常发育中起着重要的作用[1]。因此，锌在人体内含量的变化将必然会影响生理活动的正常进行，而导致疾病的发生。本文观测结果表明，除了尿锌含量在急性期明显增加外，其余均无明显变化。发锌之所以变化不大是因为，一般从AIP患儿发病到恢复期4～8周的时间，在此期间毛发的生长有限，血清锌又正常，而发锌的正常范围之内波动很大，因此发锌含量测定值仍在正常范围内[1]。血清锌含量维持在正常范围之内的原因尚不清楚。AIP患儿尿锌排出量在急性期明显增高有以下的原因：1. 由于神经根脱髓鞘的病理改变，使肌肉分解代谢增强，致使锌的排泄量增加[1]。2. 血清中的锌大部分同α2－macroglobulin及albumin相结合，另外，10%左右的锌同低分子物质结合，使这种低分子结合物透过肾小球的量超过了肾小管再吸收的阈值而被排出[1]。3. AIP患儿血清中存在一种促锌排泄因子。AIP急性期患儿尿锌含量增加，特别是重症患儿尿锌含量的增多，尿锌含量已达1800μg/d，较正常排出量高出3～7倍，显然尿锌含量与疾病的严重程度呈正相关关系。本文认为检测尿锌含量可作为判定AIP患儿疾病状况的客观指标。锌从尿中大量排出体外势必导致患儿体内锌含量的减少，因此本文认为AIP患儿从恢复期开始补充适量的锌是必要的。

参 考 文 献

1.孔祥和，主编. 微量元素和小儿疾病. 北京：人民卫生出版社. 1998. 117－133.

（收稿日期：2002-04-26）

灯盏花素与丹参注射液治疗急性脑梗死的疗效比较

赵文杰* 齐亚灵**

急性缺血性脑血管疾病是严重威胁人类生命健康的疾病之一，是我国21世纪面临的挑战[1]。其中脑梗死是中老年人脑血管病的多发病，是导致病人肢体瘫痪及各种严重神经功能障碍的重要原因，且发病急、致残率高、死亡率高。因此，早期积极合理有效的治疗已经成为临床研究的重点，目前主要治疗措施是溶栓、抗凝血、扩血管及神经营养药物的应用。然而对降低脑梗死的死亡率和复发率效果并不显著[2]。因此，近年来我国开始研究中药治疗缺血性脑血管疾病，已经取得很好的临床效果。灯盏花素是从菊科植物短葶飞蓬即灯盏花中提取得到的黄酮类成分，主要含灯盏花乙素，灯盏花性温味辛，微苦，功擅活血通络、散寒祛湿[3]。是近年来在脑梗死治疗方面的新药。为了全面评价灯盏花素注射液的疗效，探讨其作用机理，本实验对脑梗死患者应用灯盏花素治疗前后的局部脑血流量（rCBF）、血液流变学、血脂水平作了动态观察，并与丹参注射液进行对比，观其疗效。

一、资料与方法

1.对象与分组：所有病例符合《第二届全国脑血管病会议》脑梗死诊断标准，并按《卒中患者临床神经功能缺损程度评分

* 作者单位：154002 黑龙江省农垦总局机关医院
** 黑龙江省佳木斯大学基础医学院