维普资讯 http://www.cqvip.com

实验室检查TRUST检查阳性28例，TPHA阳性21例。所有患儿给予青霉素、邦达、新福欣、邻氯青霉素等治疗，住院天数最短3 d，最长36 d，平均(13.03±9.88) d，治愈24例，好转3例，死亡1例。

2 护理方法

2.1 消毒隔离

CS患儿入院后，采取以下三步：①取消陪伴制，患儿全部住婴儿床，实行床旁隔离，使患儿远离其他床位；②医护人员戴一次性手套进行操作，患儿生活用品全部采用一次性用具；③在患儿床头悬挂警示语，提醒医护人员注意防止交叉感染。

2.2 皮肤护理

28例患儿均有皮肤损害，表现为口周、躯干、臀部等部位圆形、卵圆形斑丘疹，8例患儿有淤点。由于斑丘疹的渗出物中有梅毒螺旋体存在，为避免交叉感染，采用1:5 000高锰酸钾溶液浸泡全身3次/日，每次10 min，并用炉甘石洗剂涂擦皮损。此法具有止痒隔离作用，减少患儿躁动，斑丘疹不易扩大而恢复较快，患儿皮肤损害多在5～7 d痊愈。

2.3 骨损害的护理

12例患儿行X线检查，表现为干骺端炎12例，骨膜炎7例，骨髓炎4例，其中5例存在假性麻痹，这类患儿四肢呈屈曲状态，牵拉时尖叫不止。在临床护理中，我们尽量将护理操作集中进行，动作轻柔，避免采取强制位，减轻患儿的痛感。

2.4 合并症的护理

本组患儿大多存在合并症，其中肺炎26例，电解质紊乱18例，缺氧缺血性脑病12例、硬肿症9例、败血症6例，低血糖2例，呼吸衰竭、应激性溃疡、心肌炎、颅内出血、肝炎综合症、病理性黄疸、动脉导管未闭、血小板减少各1例。对这类患儿采取加强巡视，准确记录患儿的呼吸、心率、体温、血氧饱和度，病情重者采用持续心电监护，全部采用微量泵给药。发现异常及时报告医师进行相应处理等措施。

2.5 对患儿家属的心理护理

在患儿确诊为梅毒后，护理内容主要有：①仅与直系家属进行沟通，不向他人透露病情，确有特殊情况才告诉其他亲属。②在护理宣教中，向家属讲解何为先天性梅毒及该病对患儿生长发育尤其是生殖系统发育的影响；③患儿在院期间采用配方奶粉进行喂养。提醒家属如患儿母亲有梅毒，在其接受治疗，且梅毒血清学检查RPR在1:2以下或RPR滴度下降4倍以上之前应暂缓母乳喂养；④建议家属定期到我院儿童保健科咨询患儿的生长发育、预防接种等情况。

先天性梅毒临床表现多样，并可存在多种合并症，因此对广大医护工作者提出了更高的要求。在临床护理中有如下体会："三不"即不消极对待，不歧视、不讥笑；"两重视"即重视骨损害及合并症的护理。

（编辑：朱志立）

腰腿痛58例临床分析

杨 薇，樊 瑾 （昆明医学院第二附属医院，云南 昆明 650101）

[关键词] 腰腿痛；针灸；腰、骶神经解剖
[中图分类号] R441.1；R246 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2006)02－0135－02

腰腿痛是指腰部一侧或两侧疼痛，痛向臀部及下肢放射，属中医学"腰痹范畴"。腰腿痛是一种临床常见病、多发痛症，尤其是慢性腰腿痛在疼痛门诊就诊病种中占居首位，并且发病率高。据统计70%～80%的人在其一生中长期遭受该病痛折磨，直接影响正常生活，给患者及家属带来痛苦和烦恼。腰腿痛临床治疗方法很多，临床实践证明，在笔者对腰、骶神经解剖熟练掌握后，针对性地运用针灸治疗该病，取得较为满意的疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者58例，男性36例，女性22例，年龄27～73岁，病痛一周至十一个月，其中腰椎骨质增生、腰椎退性行病变34例，腰椎间盘膨出16例，腰椎间盘脱出8例。依照1994年国家中医药管理局中医病症诊断标准：①有腰部外伤史、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。②腰痛向臀及下肢放射或脊柱侧弯，腰生理弧度消失，部分患者有腰部活动受限。③直腿抬高试验阳性。④X线检查腰椎骨质增生、腰椎退行性改变或CT检查椎间盘膨出、脱出。符合以上2或3项者，均可列入治疗范围。

1.2 腰腿痛中医辨证分型及临床表现

中医认为腰腿痛多因感受寒湿之邪、或多因肾虚以及血瘀挫闪而成。可分为寒湿、劳损和肾虚腰痛三种。临床表现：①寒湿腰痛：腰部重痛、酸麻或拘急强直不可俯仰，或痛连骶、臀、股、腘，时轻时重，患部恶冷，天寒阴雨则发作。②劳伤腰痛：有腰部外伤史，因瘀血停滞于经脉，腰、骶部刺痛为主，并向下肢放射。③肾虚腰痛：起病缓慢，隐隐作痛，绵绵不断，步履艰难，每遇劳累则痛剧，并向下肢放射。

1.3 治疗方法

患者取侧卧位或俯卧位，临床上取穴以足太阳膀胱经、足少阳胆经下肢穴为主，配合局部取穴。取穴：阿是穴、肾俞、夹脊穴、环跳、承扶、殷门、风市、阳陵泉、承山、委中、昆仑、太溪等。针刺穴位得气后，将电针仪输出线分别接于针柄上，然后将输出电位器调至"0"位，打开开关，调节输出电流到患者耐受

[收稿日期] 2005－11－23 [修回日期] 2005－12－28

维普资讯 http://www.cqvip.com

的强度。留针30 min,每日1次,10次为一疗程。

2 结果

疗效评定标准:腰腿痛完全消失,直腿抬高试验阴性,能恢复劳动者为痊愈;能参加轻的劳动,直腿抬高试验阴性为者显效;治疗三疗程,腰腿痛无明显缓解者为无效。

本组58例中,治愈37例,显效16例,无效5例,治愈率63.8%,有效率91.4%。治疗时间最长3疗程,最短2 d,随访3~12个月,疗效显著。

3 讨论

针灸疗法是以祖国传统医学中的经络学说为指导,针刺一定穴位以达到治疗疾病的方法。由于脊椎局部的解剖、生理特殊性,临床表现的腰痛和腿痛常常互为因果,或同时并存。腰腿痛不是一个疾病的诊断,而是许多疾病共有的一组症状和主诉,是多种伤患所构成的综合征,其病因极其广泛、复杂,可能是属于矫形外科领域椎管内外的疾病,也可能是内科、外科、神经科、泌尿科、妇产科乃至内分泌等专科的疾病而引起的一个症状。因此,对腰腿痛治疗之前诊断是十分重要的,决不可"头痛医头、脚痛医脚"。否则,不仅影响疗效,而且会贻误病情。本文所谈及的腰腿痛的病理变化主要为腰椎退行性变、骨质增生、坐骨神经痛、腰椎间盘膨出、脱出等,其主要症状是腰、骶、大腿外侧、小腿外后侧、踝部等部分疼痛,其发病部位在足太阳膀胱经、足少阳胆经下肢循行所过之处,可见经络的循行路线与神经传导有着密切的联系,故熟练掌握腰、骶神经解剖,能够有助明确诊断,具有很重要的临床意义,在取穴定位治疗时更有针对性。通过针刺,有助于促进血液循环,解除局部肌肉痉挛,消除神经根血肿和水肿及止痛的作用,从而达到临床治疗目的。

本病治疗期间要注意腰及下肢保暖,减少活动,避免过度屈伸和弯腰负重,另外平时要注意加强腰肌锻炼。

(编辑:张天飞)

自体角膜缘干细胞移植治疗翼状胬肉

于 蓝 (青岛市人民医院眼科,山东 青岛 266071)

[关键词] 自体角膜;干细胞移植;翼状胬肉
[中图分类号] R777.33;R779.65 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2006)02-0136-01

翼状胬肉是眼科常见病,轻者影响眼部外观,重者侵入瞳孔区造成视力障碍,严重的复发性翼状胬肉可导致睑球粘连、眼球运动受限等并发症。常规治疗以单纯手术切除为主,虽然手术简便易行,但术后复发率高。近年来随着对角膜缘干细胞理论的进一步研究,使我们认识自体角膜缘干细胞移植可用于翼状胬肉的治疗。我院自2000年采用胬肉切除加自体角膜缘干细胞移植治疗翼状胬肉55例,疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者55例(62眼)均为门诊病人,男38例(42眼)、女17例(20眼),年龄32~75岁,平均45岁,其中复发性胬肉18眼。手术指征为胬肉侵入角膜缘2.5 mm以上。

1.2 治疗方法

1%地卡因表麻2次,2%利多卡因局麻,手术在显微镜下完成。开睑,自胬肉头部开始钝性分离胬肉组织,避免损伤健康角膜基质层及内直肌,去除所有结膜下纤维增生组织,暴露巩膜,于术眼上方取健康角膜缘组织片,宽4 mm(含0.5 mm透明角膜组织),长4 mm。不带眼球筋膜组织,与角膜缘相对应,将植片小心移至植床展平。注意植片不要反转,用10/0尼龙线准确对位间断缝合并固定于浅层巩膜。球结膜下注射庆大霉2万单位、地塞米松2.5 mg,包术眼。术后泰利必妥、百力特点眼,隔日换药,裂隙灯观察角膜创面、供区组织及植片状况,10 d拆线,随诊3~24个月,平均8个月。

2 结果与讨论

术后一周内结膜充血,术区组织轻度水肿,裸露角膜上皮重建。供区组织上皮3~5 d修复。仅1例胬肉复发,经二次手术后,随访5个月无复发。

翼状胬肉是睑裂区肥厚的球结膜及其下纤维血管组织呈三角形侵入角膜,状似翼状而得名。其发病机制,可能与紫外线照射损害角膜缘干细胞、气候干燥、接触风尘有一定的关系。角膜缘干细胞是角膜上皮再生的来源和结膜与角膜之间的栅栏与屏障,能阻止新生血管和假状性胬肉侵入角膜。当行常规翼状胬肉切除术后,可认为角膜局部形成角膜缘缺乏症,局部干细胞缺乏。采取自体角膜缘干细胞移植可重建、修复角膜缘上皮组织,恢复干细胞的数量及功能,恢复角膜的透明性,并阻止结膜上皮和新生血管侵入角膜,从而达到治疗胬肉及阻止其发展的目的。

作者认为,单纯的手术切除不能从根本上阻止翼状胬肉的复发。而角膜缘干细胞移植在于恢复角膜缘干细胞的数量及功能,而且系自体眼表组织移植,不存在移植排斥反应。手术简便、安全,效果明显,是处理翼状移胬肉的有效方法。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2005-11-21 [修回日期] 2005-12-12