维普资讯 http://www.cqvip.com

病变并存;胸腔顶部有不同程度的粘连38例。手术行肺大部切除或结扎40例,行局部楔形切除3例。因扪及有小结节,行胸膜粘连分离术31例。

2 结果

本组病例中有一例术后肺未复张,术后16 h仍有大量气体排除,给予再次手术探查,术中仍未发现有新的病灶,原结扎处无漏气,给予纤支镜检查发现气道内有大量的稠痰,经吸出后,术后第三天肺已完全复张,无气体排除。其余患者术后肺均完全复张,无任何并发症,随访无复发。

3 讨论

青年自发性气胸为胸外科常见疾病。2年内复发率为25%,两次发病后复发率可高达50%~80%。因保守治疗复发率较高,近年来随着胸腔镜的发展,多主张外科手术治疗,但手术介入时机不统一。石应康[1]认为以下情况需要手术治疗:①首次发作持续漏气>5 d;②大量漏气妨碍肺复张;③双侧性气胸;④合并血胸;⑤特殊职业,如飞行员,潜水员;⑥缺乏医疗条件地区患者;⑦胸片发现巨大囊肿。据有关资料表明[2],首次自发性气胸多数在2周内可自愈,认为手术时机应为2周后。对第二次发作的自发性气胸,多数学者认为应手术治疗。对首次发病患者本文认为最好尽早给予手术治疗。在胸腔镜辅助下进行手术对患者的损伤更小,能较有效的防止复发。

根据本组资料分析,青年自发性气胸发病的原因有肺大泡破裂(41/43),炎性瘢痕(1/43),粘连带撕裂伤(1/43),病变部位大部分在肺尖部。胡旭东等[3]报道128例自发性气胸,经手术治疗的41例均由肺大泡破裂引起。老年自发性气胸多为继发性,且多继发于慢性阻塞性肺炎;而青年自发性气胸除肺大泡外常无明显基础肺部病变,称为特发性气胸,弹力纤维先天发育不良或非特异性炎性瘢痕,可能是形成这种肺大泡破裂的原因。特发性气胸多见于瘦高体型的男性青壮年,本组病例中男性38例,其中有31例属于此类型。此外,自发性气胸与胸腔粘连也有一定关系。多数患者胸腔内有不同程度的粘连,粘连在气胸发作前已存在,或因胸腔闭式引流所致;术中发现此粘连使肺不能进一步萎缩,在肺不能复张的情况下,肺大泡被悬挂,形成破口持续漏气。病程越长者,粘连越广泛,甚至在肺表面形成纤维膜,限制肺复张。因此本文认为自发性气胸采取手术治疗的理由有:①可极大的减少复发;②改善肺复张;③治疗持续漏气;④治疗合并症,如血胸等。

[参考文献]

[1] 石应康.胸心外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000.16.
[2] 刘伦旭,周清华,陈桂枝,等.青年自发性气胸、血胸的临床分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2001,8(2):136-137.
[3] 胡旭东,王乾华,彭荣宗,等.自发性气胸治疗结果的临床观察[J].中国胸心血管外科临床杂志,1995,2(2):92-93.

(编辑:黄春霞)

腋臭的治疗方法

刘仕勇
(解放军77156部队医院外科,四川 乐山 614000)

[关键词] 腋臭;治疗方法
[中图分类号] R758.741 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0213-02

腋臭又称狐臭,臭味的来源是由于患者大汗腺排泄的汗液受到皮肤表面细菌,其中主要是葡萄球菌的分解产生不饱和脂肪酸。大汗腺仅局限于有毛部位,常开口于毛囊内,多位于表皮深层,有的可达皮下组织,青壮年多见,有碍交往,易遭旁人厌恶,自己悲观。因此治疗者颇多,治疗方法也多样,目前主要采用外涂药法、手术法、皮内注射法。

1 外涂药法

常用外涂药有龙脑、明矾各适量碾成的细粉、半月清、名露液等。腋窝局部涂或撒腐蚀性药,破坏毛囊,使毛囊孔关闭,短时间内腋臭消除。由于大汗腺未遭破坏,易复发,反复用药,皮肤逐渐纤维化及皮下粘连。外涂药治疗成本低、方便,患者又缺乏这方面的了解,目前还有一定的市场。

[收稿日期] 2004-02-12 [修回日期] 2004-03-16

2 手术法

包括腋窝小切口皮下灼刮术、腋窝汗毛区皮肤切除缝合术、腋窝汗毛区皮肤切除原位植皮术等。

2.1 腋窝小切口皮下灼刮术

切一小口,将毛囊内皮肤剥离成皮瓣,用金属刮匙皮下灼刮,破坏汗腺,消除腋臭。但汗腺破坏有限,不能彻底治愈,并有皮瓣坏死、皮瓣下积液、感染等并发症的发生。肥胖型患者效果更差,出现并发症的可能性更大。

2.2 腋窝汗毛区皮肤切除缝合术

切除腋窝汗毛区皮肤,达到消除腋臭。但腋毛区大的病人,去除皮肤多,切口缝合张力大,术后易引起皮肤坏死、切口裂开、感染等并发症,从而引起腋部功能障碍。去除皮肤少,又不能治愈腋臭,病程长达10~15 d。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.3 腋窝汗毛区皮肤切除原位植皮术

手术切下腋窝汗毛区皮肤，剪除皮肤深面的汗腺组织及毛囊后，再将其植于腋窝创面，从而达到既消除腋臭、又可预防切口缝合张力过大而导致局部功能障碍。但手术时间长，疗程长，一般为10～15 d，治疗费用较高。

3 注射法

包括95%酒精皮内注射法、消痔灵液皮内注射法、明矾加大黄等配制液皮内注射法等。

3.1 95%酒精皮内注射法

95%酒精属于工业无水酒精，皮内注射，局部大汗腺组织蛋白凝固变性，其分泌减少或丧失，臭味消除。但注射时，局部疼痛明显，注射过浅，高浓度酒精可致血管栓塞，血液循环差而使皮肤坏死，还有一个不消失的皮下结节。

3.2 消痔灵液皮内注射法

消痔灵液皮内注射，局部产生无菌性炎症反应，汗腺萎缩丧失分泌功能，消除腋臭。治疗效果虽明显，但也会留下一个皮下结节。

3.3 明矾加大黄等配制液皮内注射法

这种配制液皮内注射，局部产生无菌性炎症反应，汗腺萎缩而丧失分泌功能，治愈腋臭。我院从1990年开始，采用适当浓度的明矾加适量大黄等配制成适当的pH值液体，每侧抽取5 ml配制液加生理盐水、0.75%布比卡因共20 ml行腋窝毛囊区注射，治疗430例，男性154例，女性276例，年龄15～52岁；肥胖型20%、治愈率98%，臭味减轻者占1.5%，复发率0.5%。无手术后刀口感染及刀口疤痕影响腋部功能等并发症，无治疗性疼痛，无局部皮下结节等不良反应。治疗费用低，疗效快并显著，是目前最受患者欢迎的治疗方法。

（编辑：张天飞）

细辛脑治疗小儿重症肺炎100例疗效观察

岳玉兰
（富裕县人民医院儿科，黑龙江 富裕 161200）

[关键词] 肺炎；小儿；细辛脑
[中图分类号] R563.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-0214-01

我院自2003年9月至2004年2月用细辛脑治疗小儿重症肺炎100例，疗效满意，现报告如下。

1 临床资料

本组100例重症肺炎患者均为住院病人，男56例，女44例。年龄24天～2岁，其中24天～3个月30例，3～6个月36例，6～12个月21例，12个月～2岁13例。体温正常36例，37.5～38 ℃ 20例，38～38.5 ℃ 26例，38.5～39 ℃ 18例。患者均有咳嗽、呼吸急促、鼻翼扇动，肺部有较密集湿性罗音伴散在喘鸣音，其中口周发绀或/和胸部三凹征84例。白细胞总数：(8～10)×10^9/L 6例，(10～15)×10^9/L 39例，(15～20)×10^9/L 34例，20×10^9/L以上21例；以中性粒细胞为主(占85%～95%)。入院后胸片均提示肺纹理增强，双肺散在斑点状或小片状阴影，并发心力衰竭36例。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

68例因病情较重入院后，在常规抗炎对症治疗基础上加用细辛脑治疗，每次0.5 mg/kg，一日二次；另外32例只给予常规抗炎对症治疗，3 d后病情无好转且有恶化的趋势，加用细辛脑治疗，疗程7 d左右。同时纠正酸中毒及水电解质紊乱，并发心力衰竭者给予吸氧、镇静、强心、利尿等治疗。

2.2 疗效评定标准

根据药物临床研究指导原则，疗效评定标准如下：①显效：3 d内退热，症状体征明显好转者；②有效：3 d内退热，症状体征好转者；③无效：治疗后未达到有效标准或病情加重者。

3 结果

本组100例中总有效例数98例，平均退热时间(2.78±0.31) d；咳嗽减轻、呼吸正常、肺部罗音消失或有少许罗音，时间平均(6.04±0.81) d；用药5～7 d复查血常规，白细胞恢复正常占88%。出院时，除少数肺纹理增粗外，炎症阴影吸收好转，点片状阴影消失。平均住院天数(10.20±1.47) d。

4 讨论

细辛脑又名α-细辛脑、α-细辛醚，化学名称为：2,4,5-三甲氧基-1-丙烯基苯，是中药石菖蒲的主要有效成份。石菖蒲，性辛温、味苦，祖国医学认为它能化痰开窍、镇静解痉。细辛脑可抑制杀灭肺炎球菌，金黄色葡萄球菌等，能增强气管微纤毛运动，减少纤毛-粘液之间的粘合吸附，降低痰粘稠度，使稠痰变稀，有利于分泌、排出，从而达到显著的祛痰目的；细辛脑能解除组胺、乙酰胆碱引起的支气管平滑肌痉挛，有类似氨茶碱扩张气管平滑肌的作用，但无氨茶碱的副作用。小儿重症肺炎应用细辛脑之所以奏效，也基于上述三点，且无任何毒副作用。所以值得临床医生推广使用。

[收稿日期] 2004-02-22 [修回日期] 2004-03-16

（编辑：张天飞）