

- peutic alternative in men with benign prostatic hyperplasia[J]. J Endourol, 2001, 15(3): 317-321.
- [3] 杨堃, 沈明康, 江鱼. 经尿道联合应用汽化切割治疗前列腺增生症[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(6): 168-170.
- [4] Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett ATK, et al. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A co-operative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients[J]. J Urol, 1989, (4): 243-248.
- [5] 孙丹宁, 乔着意, 蒙明森, 等. 尿道对端吻合术与内窥镜方法治疗创伤性后尿道狭窄 29 例[J]. 中华创伤杂志, 2003, 19(2): 119-120.
- [6] 曾祥福, 高冰, 魏守顺, 等. 腔内手术治疗尿道狭窄及闭锁 10 年回顾[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(4): 631-632.
- 收稿日期: 2007-12-10; 修回日期: 2008-04-11 责任编辑: 朱建洲

手术联合药物治疗浅表性瘢痕 32 例分析

姜向海¹, 代秀珍²

【主题词】 瘢痕/外科学; 瘢痕/药物治疗

【中图分类号】 R619.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2008)15-3722-02

我院整形外科从 2005-12/2007-12 采用手术加药物治疗治疗浅表性瘢痕 32 例, 疗效良好。分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 19 例, 女 13 例。年龄 20~45(29.6±7.2)岁。病程 3~10 a; 其中头面部 12 例, 腹部 7 例, 上肢 9 例, 下肢 4 例。所有患者为无瘢痕体质。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术治疗 常规术前准备, 检查清洁瘢痕部位, 局部破溃处做好换药及抗感染处理。首先根据术后伤口的无张力缝合或皮瓣的转位修复设计病变切除线, 然后对术区进行常规消毒铺巾, 1%利多卡因加肾上腺素(1:2 000)在瘢痕周围及底部浸润麻醉后, 沿瘢痕周边, 沿设计线完全切除瘢痕组织, 用电凝刀仔细止血, 在创面过大时可作创缘皮下的适当游离或邻近皮瓣移位, 以减少缝合时的皮肤张力。用 3-0 或 0 号丝线做皮下减张缝合, 最后用 5-0 无损伤丝线作皮肤的连续缝合。术后伤口加压包扎, 给予静脉或口服抗生素 5~7 d, 术后第 3 天换药, 面部第 6 天拆线, 其他部位 8~10 d 拆线。

1.2.2 药物治疗 所有患者术后 2~4 周开始皮内药物注射, 药物采用去炎松-A(曲安奈德), 1 次/周, 每次 10~40 mg, 必要时可加 1%利多卡因(混合)。4~5 周为 1 个疗程, 一般 2~3 个疗程。经过 3 个月治疗后, 对局部恢复不满意的患者, 可再次行手术重复上述治疗。

1.3 疗效评价标准 术后 0.5 a, 经随访采用目测法, 判断其疗效。治愈: 相距 1 m 远观察面部浅表性瘢痕基本消失, 色泽恢复正常; 显效: 浅表性瘢痕消失 80% 以上; 有效: 浅表性瘢痕消失 50%~80%; 无效: 经治疗听到瘢痕无明显改善。

2 结果

本组经过上述联合治疗后, 门诊随访观察, 失访 3 例, 失访率 9.4%。结果显示, 32 例患者, 治愈 10 例(31.3%), 显效 12 例(37.5%), 有效 7 例(21.8%), 无效 3 例, 总有效率 90.6%。治疗

后有效的 29 例患者, 其中 9 例随访 1 a, 17 例随访 6 个月, 效果良好, 其余 3 例失访。所有患者术后均未发生伤口感染, 联合治疗组有 3 例拆线后伤口部分浅表裂开, 经免缝胶布拉拢及局部换药后愈合, 未形成明显瘢痕。

3 讨论

瘢痕是各种创伤后所引起的正常皮肤组织外观形态和病理学改变, 是伤口愈合中一种正常、必然的生理反应。伤口的愈合过程, 早期变化: 伤口数小时内便出现凝血、结痂; 伤口收缩: 2~3 d 后伤口边缘皮肤全层及皮下组织向中心移动, 伤口缩小; 肉芽组织增生和瘢痕形成: 大约 3 d 后伤口底部及边缘长出肉芽组织, 填平伤口。5~6 d 纤维母细胞产生胶原纤维, 其后 1 周胶原纤维最活跃, 1 个月后瘢痕完全形成。

人体的瘢痕治疗目前仍然是困扰医学界的一大难题, 尤其是面部的瘢痕治疗。传统的手术切除、激光治疗、化学剥脱及沙纸磨削术等, 其适应证、患者接受程度、疗效与复发也各不相同^[1,2]。手术切除缝合法部分患者由于松解对位不正确, 张力较大, 可能造成遗留明显或与皮纹不一致的瘢痕。

药物注射是常用的瘢痕非手术治疗方法, 它能抑制瘢痕的过度生长^[3]。药物注射法使用的药物包括皮质激素、维甲酸、钙离子拮抗剂等。其中的皮质激素局部注射治疗经过临床观察, 得到广泛认同。本组病例采用皮质激素去炎松-A(曲安奈德), 它的作用机制为: (1) 阻碍成纤维细胞的 DNA 合成, 从而抑制成纤维细胞的增殖; (2) 通过抑制前胶原转录, 减少胶原蛋白的合成, 增强胶原蛋白的降解; (3) 促进成纤维细胞的凋亡。根据我们 32 例患者的使用体会, 采用该方法应注意: (1) 手术选择在瘢痕稳定期; (2) 严格无菌操作, 尽量减少周围组织损伤范围, 从而减少炎性反应; (3) 药物注射时间应选择术后 2 周左右, 注射时间过早会影响创面愈合, 诱发局部感染; 如果在术后早期瘢痕形成前或在瘢痕生长 1 a 以内配合手术使用, 效果更佳; (4) 局部改善不良 3 个月后再根据情况手术调整后再次局部注射。

【参考文献】

- [1] Poulos E, Taylor C, Solish N. Effectiveness of dermanasanding (manual dermabrasion) on the appearance of surgical scars: a

作者单位: 1. 山东省济南市皮肤病医院整形美容科 250001; 2. 济南市历下区第三人民医院外科 250014

- prospective, randomized, blind study[J]. J Am Acad Dermatol, 2003, 48, 897-900.
- [2] Tsao SS, Dover JS, Amdt KA, et al. Scar management: knlid, hypertrophic, atrophic, and acne scars[J]. Semin Cutan Med Surg, 2002, 21, 46-75.

- [3] 李荟元, 鲁开化, 郭树忠. 新编瘢痕学[M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2003: 28-31.
- 收稿日期: 2008-01-15; 修回日期: 2008-04-12 责任编辑: 朱建洲

肝门区胆管癌 31 例多层螺旋 CT 表现与术前评估分析

王万笔, 樊建中, 张蓓, 胥莉, 武峰

【摘要】 目的: 探讨肝门区胆管癌的多层螺旋 CT (MSCT) 表现及术前评估价值。方法: 分析 MSCT 表现, 术前可切除性评估与手术结果对照。结果: 31 例均显示肝内胆管扩张, 肝门区胆管狭窄、中断, 可见肿块 24 例, 增强以延迟强化为主。术前可切除性评估与手术病理对照, 差异无显著性 ($P > 0.05$)。结论: MSCT 可以显示肝门区胆管癌的直接和间接征象, 提高了术前评估的准确性。

【关键词】 胆管肿瘤/外科学; 体层摄影术; X 线计算机

【中图分类号】 R735.805.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2008)15-3723-02

肝门区胆管癌(HC)是引起高位胆道梗阻的重要原因, 笔者综合应用多层螺旋(MSCT)成像技术, 探讨 HC 的 MSCT 表现特点和术前评估价值。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004-01/2007-10 我们对 HC 患者 31 例进行前瞻性研究, 其中男 19 例, 女 12 例, 年龄 42~75 岁。主要临床表现为进行性黄疸、上腹钝痛不适、纳差、消瘦、乏力等。

1.2 检查技术 使用 16 层螺旋 CT, 常规平扫后行三期增强扫描, 应用多平面重组(MPR)或最大强度投影(MIP)技术行冠状、矢状或任意平面的重组。

1.3 图像分析 由 2 名主治医师以上职称影像诊断医师术前共同阅片, 观察病变大小和范围、梗阻部位、肝内胆管扩张程度、病灶平扫及增强特征、肝门区血管是否受累及邻近有无淋巴结肿大, 肝内有无转移灶、肝外组织的淋巴浸润及肝叶萎缩情况等。

MSCT 评估认为不能完全手术切除指标为: 肿瘤远处转移或腹膜癌变征象, 侵犯双侧二级以上胆管, 肝动脉、门静脉主干或分叉广泛浸润、闭塞、包埋和癌栓形成或同时受侵犯, 一侧肝叶萎缩对侧门静脉分支、肝动脉或二级以上胆管受肿瘤侵犯, 肝十二指肠韧带外组织的淋巴浸润, 肝门横沟区肝实质广泛浸润。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 13.0 软件进行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 HC 的 MSCT 表现 (1)肝门区软组织肿块: 肝门区软组织肿块 24 例, 呈类圆形或分叶状, 直径 1.2~6.5 cm, 其中位于左右肝管汇合处 14 例, 左肝管起始部 5 例, 右肝管起始部 2 例, 肝总管 3 例; 平扫呈中等、稍低密度, 3 例在增强早期出现明显强化表现, 19 例表现为延迟强化, 2 例未见明显强化。(2)受累

胆管表现: 管壁明显增厚并呈环形增强, 病变中心管腔狭窄或闭塞, 近端呈截断状或圆锥状, 病变胆管与正常胆管呈渐进性过渡。7 例仅表现为胆管增厚, 壁厚 > 5 mm。(3)肝内胆管扩张: 左肝管扩张 6 例, 右肝管扩张 4 例, 左右肝管均扩张 21 例; 29 例表现为“软藤状”扩张, 2 例表现为“枯枝状”扩张; 轻度扩张 8 例, 中度扩张 12 例, 重度扩张 11 例。(4)门静脉左支受侵 3 例, 门静脉右支受侵 4 例, 1 例见肝动脉受浸润。(5)肝门淋巴结肿大 5 例, 肝门及腹膜后淋巴结肿大 8 例; 肝内转移灶 1 例, 位于肝左叶。(6)肝左叶萎缩 17 例。

2.2 MSCT 术前评估与手术评估结果 见表 1。

表 1 MSCT 术前评估与术中评估比较

术中评估	MSCT 评估		总计
	不可切除	可切除	
不可切除	13	1	14
可切除	3	14	17
合计	16	15	31

注: $\chi^2 = 0.97, P > 0.05$ 。

3 讨论

HC 也称 Klatskin 瘤, 是指发生于左肝管、右肝管、左右肝管分叉处和肝总管上段的黏膜上皮癌^[1]。肝门区胆管内径较小, 早期即可造成胆管的完全梗阻, 出现肝内胆管扩张和黄疸。本组病例应用 MSCT 不但较好地显示了肝内胆管的扩张程度, 而且更有利于观察胆道梗阻端形态、管壁浸润的程度和范围。在平扫中, 尽管扩张的胆管内充满胆汁, 构成良好的对比, 但病变区胆管与正常胆管仍无法区分, 不能有效判断病变的范围。增强扫描, 病变胆管壁强化, 有利于肿瘤直接征象和间接征象的观察。本组共有 26 例表现为肝门区肿块或增厚的管壁延迟强化, 是因为 HC 多为硬癌^[2], 含有丰富的纤维结缔组织, 胆管细胞癌巢在纤维结缔组织背景中呈散在或集群分布, 肿瘤组织中的纤维成分导致细胞外间隙较宽阔, 是病灶出现延迟强化的病理基础。17 例(54.84%)肝左叶萎缩, 表明其为较常见征象, 而肝叶萎缩多发生在肝左叶, 可能与肝左叶的代偿能力及肝内