

提示 100 U HBIG 的剂量能达到完全中和新生儿血液中乙肝疫苗抗原,从而使 HBsAg 转阴;抗-HBs 阳转,则提示为乙肝免疫球蛋白中和乙肝疫苗抗原后剩余的含乙肝表面抗体的乙肝免疫球蛋白以及患儿体内产生的抗体。由于此时已经是接种疫苗的第 4 天,接种免疫原后约第 3 d 开始称为指数期,抗本在体内的水平迅速上升^[2]。

人体免疫是一个复杂的过程。所以,对于乙型肝炎的各项标志物要具体分析,对乙型肝炎的诊断要结合各方面进行综合分析。

参考文献

[1] 龚健,李荣居. 新生儿乙型肝炎疫苗普遍接种的长期免疫

效果[J]. 中华肝脏杂志. 2003,11(4):203-205.
[2] 王兰兰. 临床免疫学和免疫检验[M]. 3 版,上海:科学技术文献出版社,2004.
[3] 王慕逊. 儿科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001.
[4] 刘颖,庄亿亮. 产前注射乙型肝炎免疫球蛋白阻断乙型肝炎病毒宫内感染[J]. 中国新药与临床,1999,18(2):92-93.
[5] 刘爱玲,魏海燕. 乙肝免疫球蛋白联合乙肝疫苗阻断乙型肝炎病毒母婴传播的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(8):1172-1173.

(收稿日期:2010-05-30)

椎旁肌间隙入路进行脊柱后路手术 16 例分析

王文俊,金 永,卞敏凯,张 亮(江苏省常州市第三人民医院 213000)

【摘要】 目的 应用椎旁肌间隙入路进行脊柱后路手术,减少对正常脊柱的生理特性的损害。**方法** 用电刀围绕关节突,在多裂肌的外侧,显露出准备植入椎弓根螺钉的入点,即“人字脊”,入路确认后,就可进行椎弓根螺钉植入的内固定操作。**结果** 无 1 例发生骨折复位消失,内固定物的松动断裂,所有病例切口全部一期愈合,无感染,无明显腰背疼痛,活动、工作自如。**结论** 只要适应证把握准确,解剖知识扎实,操作清晰,经椎旁肌间隙入路在脊柱外科后路手术中与传统入路相比,优势明显,是值得临床应用的一种实用手术入路。

【关键词】 椎旁肌间隙; 入路; 脊柱外科
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.052
中图分类号:R651.2 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)22-2523-02

胸腰椎后入路是脊柱外科最常用的手术入路,但传统的后入路需要剥离双侧椎旁软组织,破坏了多裂肌深面的神经支配,使椎旁肌发生去神经化改变,损害了脊柱正常的生理特性,影响了躯干肌肉的强度,导致部分患者术后残留顽固性腰背痛,自 2008 年 1 月至 2009 年 10 月,本研究应用椎旁肌间隙入路进行脊柱后路手术 16 例,取得良好效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 16 例,男 10 例,女 6 例;年龄 16~54 岁,平均 34 岁,其中胸腰椎骨折进行切开内固定 4 例,取内固定物 12 例,4 例新鲜骨折均无神经根及脊髓损伤症状,内固定物均为椎弓根系统。

1.2 手术方法 患者全麻,仍然采用后正中切口,依次切开皮肤,皮下组织,直至胸(腰)背筋膜,沿棘突旁开 1.5~2 cm 处向下可触及椎体的横突及小关节突,遂于此处依次将胸背筋膜(或下方移位的腰背筋膜)纵行切开,即可显露位于浅层的竖脊肌群,于竖脊肌最内侧的第 1、2 条肌腱之间纵向钝性分离,分离开的间隙实际即为内侧的多裂肌与外侧的最长肌之间的肌间隙,接着用手指可探及深层的横突和关节突,位置明确后,可用电刀围绕关节突,在多裂肌的外侧,显露出准备植入椎弓根螺钉的入点,即“人字脊”,入路确认后,就可进行椎弓根螺钉植入的内固定操作,最后可作小关节的植骨融合或(和)横突间融合。如是取内固定则更简单,分离出直达的多裂肌与外侧的最长肌之间的肌间隙,即可触及内固定物,骨膜剥离器靠靠内固定物表面推开软组织,显露清楚后,专用器械依次可顺利取出。

2 结 果

16 例患者均获得随访,平均随访 12 个月(3~22 个月),4 例胸腰椎骨折椎体均获得良好的愈合,无 1 例发生骨折复位消

失,内固定物的松动断裂,所有病例切口全部一期愈合,无感染,无明显腰背疼痛,活动、工作自如。

3 讨 论

3.1 沿椎旁入路的技术特点 脊柱椎旁肌分为多裂肌、最长肌和髂肋肌,其中多裂肌是躯干肌中的重要肌群,主要是稳定脊柱的作用,而腰椎后路手术影响的即多裂肌,多裂肌起于上位椎体的棘突,斜行走向下位椎体的横突,可分为表层肌束和深层肌束,表层肌束可跨越多个椎体,具有方向特异性,对脊柱活动起定向作用,深层肌束只是分布两个相邻椎体间,对脊柱节段间的平衡运动和剪切力起控制作用^[1]。在术中,将胸背筋膜(或腰背筋膜),沿棘突两侧(1.5~2 cm)纵行切开后,即可见纵行排列的最长肌肌腱和位于内侧的多裂肌,通常沿最内侧排列的第 1、2 条肌腱之间向深层分离,由于最长肌沿其行程陆续止于相应的棘突,故有多条肌腱,从而使得术中确切分离最长肌与多裂肌的间隙成为手术的重点,须一定的学习曲线^[2]。

3.2 经椎旁肌入路的适应证 如前所述,本入路相比传统的手术入路可以直达椎弓根螺钉的入点,便于直接完成内固定的操作,而不显露椎板中央部分,因此适用于简单的胸腰椎骨折的病例如压缩性骨折,仅前中柱损伤的爆裂性骨折,椎管占位小于 1/3 且无神经损伤的表现者;部分腰椎退变不稳滑脱仅需作内固定(融合或非融合)而不作椎板减压病例者以及胸腰椎骨折椎弓根螺钉内固定术后取内固定者。

3.3 经椎旁肌间隙入路的优点

3.3.1 采用经椎旁肌间隙入路,避免了椎旁多裂肌的剥离,保留了多裂肌在棘突上的起点,术后肌肉之间愈合快,疤痕小,最大限度保护了多裂肌深面的神经支配,减少了多裂肌去神经化改变的区域,保留了棘突等大部分脊柱后柱结构的完整性,保

护了椎旁肌的正常生理特性,降低了术后腰背痛的发生率。

3.3.2 对于椎弓根螺钉术的优势更明显 椎旁肌间隙入路可直接到达内固定处,而传统入路将椎旁肌从棘突和椎板上剥离向两侧牵开,属于间接显露,因此椎旁肌间隙入路操作更简单,显露更清楚,出血更少,创伤更小,手术时间更短,符合现在倡导的微创手术的理念。另外,许多胸腰椎骨折患者合并脊髓神经损伤,前次行椎弓根螺钉系统内固定手术的同时行椎管减压,病椎的棘突和椎板已切除,传统入路从后正中将椎旁肌从棘突和椎板上剥离时,在原开窗减压区上方操作,可能损伤脊髓神经,而经椎旁肌间隙入路直接到达内固定表面,操作时不接触正中椎板缺损区,所以不会损伤脊髓神经^[3]。

综上所述,只要适应证把握准确,解剖知识扎实,操作清晰,经椎旁肌间隙入路在脊柱外科后路手术中与传统入路相

比,优势明显,是值得临床应用的一种实用手术入路。

参考文献

[1] 范顺武,胡志军,方向前,等.小切口与传统开放术式行后路腰椎椎体间融合术对脊旁肌损伤的对比研究[J].中华骨科杂志,2009,29(1):1000-1004.

[2] 李楠,张贵林,田伟,等.经椎旁肌入路治疗胸腰段椎体骨折[J].中华骨科杂志,2008,28(5):381-383.

[3] 张永宏.经椎旁肌间隙入路胸腰椎弓根内固定取出体会[J].骨与关节损伤杂志.2009,24(9):844-846.

(收稿日期:2010-07-21)

血浆冷沉淀用于腮腺切除术 30 例临床观察

涂红琴,周显洪(湖北省汉川市人民医院 431600)

【摘要】 目的 观察血浆冷沉淀用于腮腺切除术时对术后并发症的影响。**方法** 选取 2004 年 1 月至 2009 年 5 月 60 例腮腺良性肿物的病例,进行常规改良切除术,术中 30 例使用血浆冷沉淀制剂,观察术后并发症发生情况,并与未用血浆冷沉淀制剂组对比分析。**结果** 血浆冷沉淀制剂用于腮腺切除术,术后并发症减少,患者疼痛减轻,术后加压时间大大缩短。**结论** 血浆冷沉淀用于腮腺切除术有利于减少并发症及患者痛苦。

【关键词】 血浆冷沉淀; 腮腺切除术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.053
中图分类号:R781 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)22-2524-02

本院于 2004 年 1 月至 2009 年 5 月对腮腺切除术患者 30 例使用冷沉淀制剂,对减少术后并发症发生起到了较好的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 实验组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 28~68 岁;对照组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 30~70 岁;上述均为腮腺改良切除术患者。

1.2 材料 血浆冷沉淀制剂由孝感市中心血站采购并制备分装。血浆制品输血前 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV、RPR 检测阴性,ALT 检测正常。

1.3 方法 血浆冷沉淀一般要求在一 22℃ 冰箱中保存。将分装好的冰冻血浆冷沉淀制剂解冻,用注射器吸取放置在支架上,再将注射器针安装在连接针座的锥头上,使用时缓慢推动注射器支架备用。腮腺切除后,彻底止血,分层缝合,但不必过于致密,尽量减少缝线刺激,在腔内缓注溶解后的冷沉淀,根据术区大小一般为 2~3 mL。术后置入引流条,加压包扎 3~5 d。对照组术后彻底止血,分层缝合,置入引流条,加压包扎 1~2 周,两组均常规给予抗感染药物及神经营养药物。

2 结果

实验组 30 例患者术后 48 h 平均引流量为(100±10)mL,对照组 30 例术后 48 h 平均引流量为(210±20)mL,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。未发现实验组感染、发热和过敏性疾病等。

水肿、渗出、积液和解除加压时间上两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。术后感染、暂时性面瘫的发生比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组术后并发症及加压情况对比(n)

项目	实验组	对照组
水肿严重	0	7
第 3 天伤口渗出	1	6
拆线时积液	0	5
暂时性面瘫	0	1
伤口感染	2	1
第 5 天后解除加压	30	0

3 讨论

血浆冷沉淀富含纤维蛋白原(Fbg)、凝血因子Ⅷ(FⅧ)、血管性血友病因子(vWF)、纤维结合蛋白(Fn)和因子Ⅻ(FⅫ)、凝血酶和钙离子等血浆成分。

血浆冷沉淀具有良好的止血、封闭作用。当凝血酶与黏合蛋白混合时,纤维蛋白原肽链 A、B 被凝血酶水解后形成纤维蛋白单体,后者疏松聚合形成网状结构而将血细胞网住以发挥止血作用。疏松聚合的纤维蛋白单体在被激活的第Ⅻ因子和钙离子作用下,形成稳定的多聚纤维蛋白纤维,再进一步聚合成强力的纤维蛋白丝网,直接封闭受损血管组织,与此同时,成纤维细胞和毛细血管内皮细胞受血浆冷沉淀刺激而增殖,以纤维蛋白网为基质形成肉芽组织,当纤维蛋白逐渐降解后,这些细胞便发挥正常组织的功能。

血浆冷沉淀制剂中的主要成分纤维结合蛋白(Fn)又称细胞扩散因子,生物胶,也有称细胞表面蛋白,细胞黏附蛋白者,血浆正常含量 294~407 μg/mL,其他组织亦大量存在,尤以冷