

隐藏不清楚的试验中 OR 可被夸大 30%，在隐藏不充分的试验中 OR 可被夸大 41%^[15-16]。本研究中所纳入的 7 篇文献均未进行样本量的估计，而其中有 2 篇文献^[8-10]的样本量 < 60，这样有可能降低了研究结果的真实性。

纳入的 7 篇文献均未提及盲法的采用。7 篇文献亦均未报告有退出失访，但是从纳入研究提供的数据来看，治疗组与对照组治疗前后例数相等，可能未发生退出与失访。由于本研究中纳入的文献均为低质量文献，且受到上述诸多因素的影响，因此，本研究中未进行定向性分析，结论的可靠性会受到较大程度的影响。

3.2 试验中的混杂因素：目前对于 AAD 的治疗，西医多主张停用抗生素，但由于患者基础疾病及病情程度的不同，在治疗上往往不允许停用。本研究中纳入的 7 篇文献，单纯中药治疗组与西药对照组的 3 篇文献中有 1 篇^[9]提及停用抗生素，另外 2 篇^[7-8]未提及是否停用；在中西药治疗组与西药对照组的 4 篇文献中，有 1 篇^[13]提及停用抗生素，1 篇^[11]提及停用或改用抗生素，2 篇^[10-12]未提及是否停用。由于本研究所纳入的文献均未明确提及抗生素的使用种类，而抗生素的停用与否可能直接影响着肠道正常菌群的恢复情况，所以，应该看作是本研究结果的两个潜在的干扰因素。

3.3 诊断标准不统一：目前我国虽无统一的 AAD 诊断标准，但是 2001 年 1 月中华医院管理学会医院感染管理专业委员会制定的《医院感染诊断标准（试行）》中有明确的 AAD 诊断标准，本系统评价纳入的 7 篇文献中有 6 篇发表于 2001 年后，但仅 1 个研究采用了上述 AAD 诊断标准，其余研究的诊断标准也不尽统一。因此，在研究中纳入病例是否存在差异及对本研究结果造成的影响尚不能明确。

3.4 疗效指标的选择不统一：纳入 7 个研究的疗效观察指标不统一，除 1 篇^[8]文献叙述了疗效判定指标出处外，其余 6 篇文献^[7, 9-13]均未提及。

3.5 无随访：本系统评价纳入的 7 个研究均未提及并进行随访，因此无法评价中药治疗对患者的远期疗效和生活质量的影响。AAD 主要是由于使用抗生素

导致的肠道菌群失调和伪膜性肠炎，短期腹泻症状的改善并不能代表肠道菌群的恢复和肠黏膜的修复，容易导致复发，因此，对患者进行随访亦显得极为重要。

4 结论

根据本系统评价的结果，对 AAD 患者采用单纯中药或中西药结合治疗较单纯西药治疗具有优势。但由于纳入研究的文献质量及数量有限，尚需开展更多大规模、高质量、随访时间足够的随机对照研究，为进一步分析提供证据。

参考文献

- [1] 刘静杰, 胡森, 编译. 严重创伤患者不适宜长期预防性使用抗生素. 中国危重病急救医学, 2002, 14(7): 427.
- [2] Tang JL, Zhan SY, Ernst E. Many randomized trials of traditional Chinese medicine exist but are of poor quality. *BMJ*, 1999, 319(7203): 160-161.
- [3] Vickers A, Goyal N, Harland R, et al. Do certain countries produce only positive results? A systematic review of controlled trials. *Control Clin Trials*, 1998, 19(2): 159-166.
- [4] 郭新峰, 赖世隆. 清开灵注射液治疗急性中风的 Meta 分析. 广州中医药大学学报, 2000, 17(1): 9-14.
- [5] 郭新峰, 赖世隆, 杨小波, 等. 中医药治疗中风研究文献的质量评价. 广州中医药大学学报, 2000, 17(1): 15-19.
- [6] Jüni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*, 2001, 323(7303): 42-46.
- [7] 王燕, 冯爱萍. 乌梅汤治疗老年住院患者抗生素相关性腹泻 30 例. 中医杂志, 2004, 45(3): 204.
- [8] 张中林, 张敏. 二陈加术汤治疗小儿肺炎继发抗生素相关性腹泻 25 例. 陕西中医, 2006, 27(10): 1208-1209.
- [9] 王天平. 参苓白术散加味治疗抗生素相关性腹泻疗效观察. 实用中医药杂志, 2008, 24(3): 143.
- [10] 谢秋福, 叶亚莲. 中西医结合治疗抗生素相关性腹泻. 实用中西医结合杂志, 1997, 10(20): 2002-2003.
- [11] 陈广焕. 中西医结合治疗抗生素相关性腹泻 40 例. 中华实用中西医结合杂志, 2002, 2(15): 1089.
- [12] 袁志仁, 李宝翠, 刘惠芳. 健脾利湿止泻汤配合益生菌治疗小儿抗生素相关性腹泻 60 例. 陕西中医, 2007, 28(11): 1520.
- [13] 骆红霞. 参苓白术散治疗抗生素相关性腹泻疗效观察. 山东中医杂志, 2009, 28(1): 23-24.
- [14] 李廷谦, 李幼平, 王刚. 中西医结合循证医学. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 235.
- [15] Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, et al. Empirical evidence of bias, dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA*, 1995, 273(5): 408-412.
- [16] Moher D, Pham B, Jones A, et al. Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in Meta-analyses? *Lancet*, 1998, 352(9128): 609-613.

(收稿日期: 2009-11-02)
(本文编辑: 李银平)

《中国中西医结合急救杂志》入编《中文核心期刊要目总览》

排在《中文核心期刊要目总览》2008 年版(第 5 版)之中国医学类第 19 位

排在《中国科技期刊引证报告》(核心版)2009 年版中医学与中药学影响因子之第 3 位

通过减少线粒体膜电位的丧失来减少细胞的坏死。Saikumar 等^[11]在大鼠肾脏细胞缺氧复氧实验中发现,在缺氧时 Bax 的移位是细胞坏死的触发点,而 Bcl-2 则能够保持线粒体的完整性,维持细胞活性。Matsuyama 等^[12]研究发现,在脑缺血后神经细胞、胶质细胞、脑室膜细胞表面有 Fas 的高表达,并与凋亡细胞分布一致。但在 CPR 后脑细胞凋亡及凋亡相关蛋白的研究仍较少。本课题组在前期对 CPR 后脑组织基质金属蛋白酶表达研究的基础上^[13],进一步观察脑组织细胞凋亡情况发现,与假手术组比较,复苏组凋亡相关蛋白 Bax、Bcl-2 和 Fas 的表达均显著升高,并且凋亡细胞也较假手术组显著增多,与 Matsuyama 等的结果相类似,提示大鼠窒息后 CPR 激活了 Bcl-2/Bax 系统和 Fas/FasL 系统,导致细胞凋亡的发生,是 CPR 后脑组织损伤机制之一。

BHD 出自《医林改错》下卷,由清代医家王清任所创,此方重用黄芪,大补元气,令气旺血行,瘀去络通;其配伍特点为大量补气药与少量活血药相配伍,使气旺血行,活血而不伤正,共奏补气活血之功效,属于益气活血方剂代表。近年来研究表明,BHD 在大鼠全脑 I/R 模型中能够通过增加 Bcl-2 染色阳性细胞的表达,降低 Bax 阳性细胞的表达,起到抑制细胞凋亡,抗脑 I/R 损伤的作用,但其对 CPR 后脑细胞的凋亡作用尚未明确^[14]。本研究中还发现,BHD 组大鼠皮质 Bax 和 Fas 的表达较复苏组显著降低,Bcl-2 表达显著升高。提示 BHD 能够通过抑制 CPR 后脑细胞 Bax 和 Fas 表达,上调 Bcl-2 表达而减轻细胞凋亡达到脑保护作用。另外,TUNEL 法检测 BHD 组脑凋亡细胞少于复苏组,也同样证实了 BHD 具有减少脑细胞凋亡的作用。

综上所述,大鼠窒息型心搏骤停 CPR 后,复苏组在 ROSC 后 24 h 脑含水量增加,脑凋亡相关蛋白 Bax、Bcl-2、Fas 以及脑细胞凋亡的表达增加;BHD 能够减少 ROSC 后 24 h 的脑含水量,抑制凋亡相关

蛋白 Bax 和 Fas 的表达,上调 Bcl-2 的表达,从而减少细胞凋亡,具有脑保护作用。

参考文献

- [1] 陈寿权,李章平,王姗姗,等.窒息致大鼠心脏骤停模型复苏的影响因素.中华急诊医学杂志,2005,14(10):814-817.
- [2] 李章平,陈寿权,章杰,等.不同剂量参附注射液对窒息型大鼠心肺复苏后心肌保护作用的研究.中国中西医结合急救杂志,2007,14(3):162-165.
- [3] Idris AH,Becker LB,Ornato JP,et al. Utstein-style guidelines for uniform reporting of laboratory CPR research. Circulation, 1996,94(9):2324-2336.
- [4] 刘芳,白雪松,刘柏炎,等.补阳还五汤对脑缺血大鼠碱性成纤维细胞生长因子的影响.中国中西医结合急救杂志,2008,15(1):9-12.
- [5] 陈奇.中药药理研究方法学.北京:人民卫生出版社,1993:67-81.
- [6] 陈俊,陈寿权,李章平,等.七叶皂苷对心肺复苏后大鼠脑水肿期脑水通道蛋白 4 mRNA 变化的作用.中国中西医结合急救杂志,2007,14(4):245-249.
- [7] Xiao F,Zhang S,Arnold TC,et al. Mild hypothermia induced before cardiac arrest reduces brain edema formation in rats. Acad Emerg Med,2002,9(2):105-114.
- [8] Hata R,Gillardon F,Michaelidis TM,et al. Targeted disruption of the bcl-2 gene in mice exacerbates focal ischemic brain injury. Metab Brain Dis,1999,14(2):117-124.
- [9] Kitagawa K, Matsumoto M, Tsujimoto Y,et al. Amelioration of hippocampal neuronal damage after global ischemia by neuronal overexpression of Bcl-2 in transgenic mice. Stroke, 1998,29(12):2616-2621.
- [10] Saitoh Y,Ouchida R,Miwa N. Bcl-2 prevents hypoxia/reoxygenation-induced cell death through suppressed generation of reactive oxygen species and upregulation of Bcl-2 proteins. J Cell Biochem,2003,90(5):914-924.
- [11] Saikumar P, Dong Z, Patel Y, et al. Role of hypoxia-induced Bax translocation and cytochrome c release in reoxygenation injury. Oncogene,1998,17(26):3401-3415.
- [12] Matsuyama T,Hata R,Yamamoto Y,et al. Localization of Fas antigen mRNA induced in postischemic murine forebrain by in situ hybridization. Brain Res Mol Brain Res,1995,34(1):166-172.
- [13] 李章平,陈寿权,王姗姗,等.大鼠心肺复苏后脑组织基质金属蛋白酶及其组织抑制剂表达的研究.中国危重病急救医学,2005,17(9):548-551.
- [14] 张运克.补阳还五汤及拆方对脑缺血再灌注 SD 大鼠模型细胞凋亡及 Bcl-2、Bax 蛋白表达的影响.中华中医药杂志,2007,22(6):404-407.

(收稿日期:2009-12-07)
(本文编辑:李银平)

2008 年度中国百种杰出学术期刊

目前科技部中国科技信息研究所公布了 2008 年度的中国科技论文统计结果。根据《中国科学技术期刊综合评价指标体系》,采用分层分析法,由专家打分确定了重要指标的权重,对各学科的每种期刊进行了综合评定,评出了 2008 年度“中国百种杰出学术期刊”,其中医药卫生类期刊有 30 种,分别为:CHINESE MEDICAL JOURNAL、中华医学杂志、中华外科杂志、中华心血管病杂志、中华儿科杂志、中华结核和呼吸杂志、中华神经科杂志、中华流行病学杂志、中华口腔医学杂志、中华肿瘤杂志、中华骨科杂志、中华放射学杂志、中华检验医学杂志、中华耳鼻咽喉头颈外科杂志、中华护理杂志、中国危重病急救医学、中国病理生理杂志、中国药理学通报、中国中西医结合杂志、中国组织工程研究与临床康复、中国感染与化疗杂志、中国心理卫生杂志、中国中药杂志、遗传学报、药学报、营养学报、中草药、WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY、第三军医大学学报、第四军医大学学报。

急性重型颅脑损伤是在外力的严重撞击下,造成颅骨骨折、脑挫裂伤、颅内血肿,继而发生一系列病理变化,引起继发性缺血、缺氧、无氧代谢,导致脑组织酸中毒,进而促使血管麻痹而充血,脑组织肿胀,从而形成恶性循环,导致严重的继发性脑损害^[4]。严重的颅脑创伤后,由于局部组织损伤、缺血,甚至继发感染,致脑津不足,而阴液丧失,气亦虚脱,甚者可出现真阴耗竭,阴气暴脱^[5]。故临床治疗早期应以扶正固本,祛瘀通窍,醒脑通络,益气活血,重镇降逆,熄风涤痰为治则,通过中药的平衡阴阳,救逆固脱,益气养血,达到开窍醒脑;配合右正中神经电刺激,促进症状改善,增强机体自身抗御疾病的能力。

催醒汤为补阳还五汤、佛手散等方加减化裁而成,方中当归有收血病之功效,使瘀去新生,血各有所归,血既有所归,则血安其部,而诸血病愈矣;川芎辛窜,捷于升散过则伤气;黄芪为益气要药,重用黄芪,在益气的基础上能利水并“逐五脏间恶血”,速固无形之气以救有形之血也;钩藤熄风通络;石菖蒲化痰开窍;琥珀平肝熄风;栀子清瘀血所化之热;牛膝引血下行;赤芍、桃仁、地龙活血化痰通络;郁金具有芳香开窍、营养神经,刺激大脑皮质,促进苏醒的功效,又有助于甘露醇、地塞米松清除脑内自由基,调节脑细胞内各种微量元素的含量,改善脑积水和细胞变形,而使细胞的损害和微循环得到改善;胆南星清热化痰,熄风定惊,主治中风痰迷,癫狂惊痫;甘草调和诸药。全方共奏活血化痰、涤痰通络、醒脑开窍之功效。中药对逆转中枢神经系统疾病昏迷患者的意识障碍及恢复

神经功能有很好的疗效^[7]。中西医结合治疗不仅使临床症状及体征得以明显改善,而且通过治疗前后的 CT 对比观察,脑水肿及血肿的吸收也比单纯西药治疗快,此外,还可显著缩短昏迷时间。

血肿的吸收很大程度上取决于血肿周围脑组织的微循环状况,活血化痰中药能有效降低血液黏稠度,增强纤溶活性及吞噬细胞功能,促进血肿液化,改善微循环。

右正中神经电刺激有助于唤醒意识障碍患者的中枢神经系统,其中枢神经系统作用的基础在于增加脑血流和升高脑内多巴胺水平。电刺激是一种催化剂,用以增强中枢神经系统功能。右正中神经是中枢神经系统的外周门户,手的感觉代表区在皮质占据的范围比手的面积与躯干面积之比要大很多,在脑干中间,网状上行激活系统维持了清醒状态。意识状态改善的水平,不论是急性昏迷,还是慢性植物状态,或者微意识状态,都归因于电刺激引起的多巴胺水平和去甲肾上腺素水平的提高,在正中神经电刺激开始时短时间内可测得脑血流量的升高,可观察到语言、意识等的改善,是神经电刺激产生唤醒效果的重要因素^[2]。

中西医结合是医学发展的未来方向,对于危重患者的治疗更要强调现代急救技术的学习,并将之应用到临床实践中^[9]。辨证论治是中医的特色,证候研究是中医科研的基础,将中医证型与现代检测指标及实验数据融为一体是实现中西医结合的一条重要途径^[10]。创伤性颅脑损伤致昏迷的治疗关键在于加强临床监护观察及对昏迷患者的护理,在改善脑缺血、出血、缺氧及防治脑水肿、降

低颅压、止血等基础上,运用辨证论治法则,尽早运用活血化瘀类中药汤剂鼻饲灌服,可以祛瘀醒脑,开窍通络,调节脑代谢及促醒,预防并发症。

综上所述,本研究结果提示,自拟中药催醒汤配合右正中神经刺激和西药常规治疗急性重型颅脑损伤,能明显改善患者的生存质量,降低了致残率,缩短了昏迷时间,有较好的促醒作用和显著疗效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京:人民军医出版社,1987:423-423.
- [2] 江基尧,高国一,艾德文. 库珀. 颅脑创伤性昏迷诊断与治疗. 上海:第二军医大学出版社,2008:40-275.
- [3] 王忠诚. 王忠诚神经外科学. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:379-381.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994:24-25.
- [5] 胡森,高飞. 中医药防治多器官功能障碍综合征回顾与展望. 中国中西医结合急救杂志,2001,8(6):323-325.
- [6] 陆兵勋,尹想,周亮,等. 纳洛酮治疗中枢神经系统疾病致昏迷临床疗效观察. 中国危重病急救医学,2002,14(1):53.
- [7] 王承德,何风云. 实用中西医结合内科临床手册. 北京:中国医药科技出版社,1996:5-10.
- [8] 王今达. 开展中西医结合治疗急性危重病的思路和方法. 中国中西医结合急救杂志,2000,7(6):323-325.
- [9] 张敏州,丁邦哈,张维东,等. 375 例胸痹心痛患者冠状动脉造影结果与中医证型的对比研究. 中国中西医结合急救杂志,2004,11(2):115-117.
- [10] 李太喜,张德勇. 醒脑汤在颅脑外伤昏迷中应用 68 例疗效观察. 中华实用中西医结合杂志,2009,22(15):1255,1257.

(收稿日期:2009-12-20)
(本文编辑:李银平)

• 消息 •

中国科技信息研究所 2009 年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)

——临床医学类及中医学与中药学影响因子和总被引频次前 10 位排序表

临床医学类影响因子排序			临床医学类总被引频次排序			中医学与中药学影响因子排序		
期刊名称	影响因子	排位	期刊名称	总被引频次	排位	期刊名称	影响因子	排位
中华医院感染学杂志	1.402	1	中华医院感染学杂志	5 887	1	中西医结合学报	0.961	1
中国感染与化疗杂志	1.347	2	中国急诊学杂志	3 332	2	中国中西医结合杂志	0.829	2
中国危重病急救医学	1.088	3	实用医学杂志	2 633	3	中国中西医结合急救杂志	0.790	3
ASIAN JOURNAL OF ANDROLOGY	0.857	4	中华检验医学杂志	2 591	4	中国中药杂志	0.701	4
中华检验医学杂志	0.709	5	中国危重病急救医学	2 534	5	世界科学技术-中医药现代化	0.641	5
临床麻醉学杂志	0.680	6	中国全科杂志	2 228	6	吉林中医药	0.599	6
中华急诊医学杂志	0.667	7	中华麻醉学杂志	2 066	7	针刺研究	0.597	7
中国临床解剖学杂志	0.661	8	临床麻醉学杂志	1 850	8	中华中医药杂志	0.546	8
中国循证医学杂志	0.655	9	中华急诊医学杂志	1 740	9	中草药	0.529	9
中国输血杂志	0.613	10	中华皮肤科杂志	1 692	10	北京中医药大学学报	0.505	10

腹,气腹针或第一套针不可盲目穿刺,否则易损伤腹腔内器官和血管,尤易发生在既往有腹部手术或腹膜炎病史者^[20]。为此,Kodama等^[21]建议术前进行B超检查,测定自然呼吸及深呼吸时下腹部内脏的横向及纵向移动距离,以判断下腹部是否有内脏粘连及粘连的部位和范围,准确选择气腹针和第一套管针的穿刺部位。

2.7 脾动脉栓塞治疗脾破裂:脾动脉栓塞最早的治疗选择轻型脾损伤者;最近报道有Ⅲ、Ⅳ级脾损伤者成功栓塞^[22],且无明显并发症。选择患者的适应证是:

①经CT检查按Gall-Scheele法分级为Ⅰ级脾损伤患者,即孤立或多发脾实质裂伤,未伤及脾门,且无其他腹腔器官损伤者;②Ⅰ级脾损伤非手术治疗过程中血流动力学不稳定,或出现迟发性脾破裂者;③Ⅲ级脾损伤非手术治疗过程中血流动力学稳定,或年龄小于20岁的Ⅲ级脾损伤患者。行部分性脾动脉栓塞(PSE)或X线透视下经股动脉穿刺置管的脾动脉栓塞术(SAE)可暂时阻断脾脏破裂口,阻断活动性出血的同时便于创口愈合生长,从而控制出血抢救生命。随时间推移,明胶海绵被吸收后血管可再通,防止脾脏因部分被阻塞后引起永久性脾梗死^[23]。近年来在治疗脾外伤方面虽然积累了一些成功的经验,但出血、感染等并发症的发生率仍较高,且多需栓塞脾动脉主干才能有效止血,易发生异位栓塞和脾梗死,因此尚存争议^[24]。脾脏栓塞综合征的表现有疼痛、发热、胸腔积液、左下肺炎、脾脓肿、胰腺炎^[25]。

2.8 微波在保脾手术中的临床应用:鞠新华等^[26]报道采用微波固化脾外伤的脾脏裂口使出血停止,除脾断面直径大于3mm的血管需要结扎外,微波固化后脾断面无须再缝扎,并采用大网膜包裹固定残端。临床实践表明,用微波外科技术行保脾手术,止血迅速可靠,操作简单,术后并发症少。但该方法尚处于临床初步研究阶段,其疗效有待于大样本、多中心研究。

2.9 自体脾移植术:并非所有的脾外伤可通过保脾手段获得成功,仍有约60%

的脾外伤必须行脾切除术方能控制出血,挽救生命。Ⅰ~Ⅳ级的脾损伤由于出血猛,生命体征不稳定,为抢救生命,快速全脾切除是最有效办法。在生命体征稳定后,采用大网膜囊内自体脾组织块移植术,具有移植到网膜囊内者生长最好,成活率高,脾功能恢复早等优点。关腹前将移植了脾组织片的大网膜置入脾窝处。因脾组织片在坏死过程中会产生炎症反应,易使大网膜与肠管形成粘连,故将其置于脾窝处,脱离与肠管的接触,减少肠粘连、肠梗阻的机会^[27]。并且所有的保脾手术均应置腹腔引流管,术后密切观察引流液及生命体征。

参考文献

[1] 吴在德,吴肇汉.外科学.7版.北京:人民卫生出版社,2009:404.
 [2] 张淑文,孙成栋,文燕,等.血必净注射液对脓毒症大鼠血清内毒素及脾脏特异性免疫功能的影响.中国中西医结合急救杂志,2007,14(2):91-94.
 [3] 苏长枝,陆家齐.脾切除后凶险性感染1例.中国危重病急救医学,2001,13(5):279.
 [4] Bulinski P, Bachulis B, Naylor DF Jr, et al. The changing face of trauma management and its impact on surgical resident training. J Trauma, 2003, 54(1):161-163.
 [5] Pachter HL, Guth AA, Hofstetter SR, et al. Changing patterns in the management of splenic trauma: the impact of nonoperative management. Ann Surg, 1998,227(5):708-717.
 [6] 姜洪池,赵宪琪.关于发展我国脾脏外科的若干看法.中国实用外科杂志,2004,24(12):708-710.
 [7] Kohn JS, Clark DE, Isler RJ, et al. Is computed tomographic grading of splenic injury useful in the nonsurgical management of blunt trauma? J Trauma, 1994,36(3):385-389.
 [8] 李军.保守治疗成人外伤性脾破裂25例.临床医药实践,2009,18(7):525-526.
 [9] Dang C, Schlater T, Bui H, et al. Delayed rupture of the spleen. Ann Emerg Med, 1990,19(4):399-403.
 [10] 姜洪池,乔海泉.脾脏损伤外科治疗的现代观.腹部外科,1998,11(2):55-56.
 [11] 夏穗生.10年来我国脾脏外科的新进展.实用外科杂志,1991,11(增1):454-456.
 [12] 胡文涛.脾破裂缝合修补术10例治疗体会.中国医疗前沿,2009,4(8):45-46.

[13] 鲁泽清,译.用高浓度人纤维蛋白原胶合以保留破裂的脾脏:实验和临床的结果.国外医学外科学分册,1983,10(4):251-252.
 [14] 叶德才.外伤性脾破裂保留脾下极手术对脾功能的疗效观察.浙江创伤外科,2009,14(4):342-343.
 [15] 霍景山,陈积圣,曾志强,等.外伤性脾破裂保留脾脏手术治疗的探讨.岭南现代临床外科,2009,9(1):13-15.
 [16] Resende V, Petroianu A. Functions of the splenic remnant after subtotal splenectomy for treatment of severe splenic injuries. Am J Surg, 2003, 185(4):311-315.
 [17] 戴朝六,许永庆.脾外伤分级与外科治疗的选择.中国实用外科杂志,2004,24(12):711-713.
 [18] 刘强,李辉,刘家峰,等.外伤性脾破裂保脾方法的选择(附46例报告).中国综合临床,2005,21(3):254-256.
 [19] Lumsden AB, Colborn GL, Sreeram S, et al. The surgical anatomy and technique of the thoracoabdominal incision. Surg Clin North Am, 1993,73(4):633-644.
 [20] 沈汉斌,卢晓明,蔡晓棠,等.腹腔镜保脾术在有腹部手术史脾破裂患者中的应用.肝胆外科杂志,2002,10(5):361-362.
 [21] Kodama I, Loiacono LA, Sigel B, et al. Ultrasonic detection of viscera slide as an indicator of abdominal wall adhesions. J Clin Ultrasound, 1992, 20(6):375-380.
 [22] 吕维富,张学彬,张行明,等.部分性脾栓塞术治疗外伤性脾破裂的疗效和体验.中华放射学杂志,2003,37(12):1092-1096.
 [23] 岑峰,严强,倪俊,等.脾损伤行脾保留手术的可行性分析.中国中西医结合外科杂志,2009,15(2):114-116.
 [24] 廖芝伟,田发琳,翁皖,等.脾外伤保脾治疗的临床经验.肝胆胰外科杂志,2006,18(1):31-33.
 [25] 陈建红.超选择性脾动脉栓塞治疗外伤性脾破裂的护理.现代中西医结合杂志,2007,16(7):994.
 [26] 鞠新华,赵海英,于宏,等.微波在保脾手术中的临床应用(附5例报告).肝胆外科杂志,2003,11(1):57-58.
 [27] 张东,吴宝强,秦锡虎,等.自体脾片移植在严重外伤性脾破裂保脾手术中的应用与分析.实用临床医药杂志,2006,10(7):82-83.

(收稿日期:2010-01-11)
(本文编辑:李银平)

《中国危重病急救医学》杂志入编《中文核心期刊要目总览》
排在《中文核心期刊要目总览》2008年版(第5版)之临床医学类第1位