距不会变动,可以把损伤降到最小。本文采取两人合作方式进行,输液器针头易获得,助手回吸注药可减少单人操作时的移位和损伤,也减少了麻药中毒的风险。

回顾文献,我们发现以往多数以最终麻醉结果作为考察定位好坏的标准。本文把记录一针异感率作为评价指标,40 例患者虽然未发现并发症,仍要小心防范。因为在神经阻滞时,往往是患者最恐惧的时刻,多针反复穿刺,改变方向,调整穿刺点,都会给患者造成不适,并增加并发症的发生概率[7],只有准确定位穿刺点才能提高麻醉的成功率。

[参考文献]

[1] 王扬志. 锁骨中外段骨折应用克氏针逆向内固定的治疗[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):293 - 294.

[2] 庄心良,曾因明,陈伯銮. 现代麻醉学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,2003:1052 - 1060.

[3] 赵慧琴,肖旺频,姚 明. 颈六水平颈外静脉内侧缘肌间沟臂丛穿刺定位[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(20):3175 - 3176.

[4] 钟 挺,王志力,王庆涛. 一针法颈丛臂丛联合麻醉用于肩部手术的效果观察[J]. 西部医学,2011,23(3):533 - 534.

[5] 朱蔚琳,何并文,张学刚,等. 不同横突定位臂丛神经阻滞在肩上肢手术中的临床应用[J]. 临床麻醉学杂志,2007,23(7):597 - 598.

[6] 黄秋景. 助手固定运用三角形原理在小儿头皮静脉穿刺的应用[J]. 中国医药指南,2012,10(27):668 - 669.

[7] 张友宏,赵 霞,欧阳红,等. 肌间沟臂丛神经阻滞致臂丛神经损伤一例[J]. 临床麻醉学杂志,2009,25(2):99.

(编辑:左艳芳)

经皮腹腔穿刺引流治疗肝外伤胆漏 6 例体会

Percutaneous peritoneal drainage for 6 patients with closed hepatic trauma

廖朝兴 (重庆西南铝医院外一科,重庆 401326)

[关键词] 闭合性肝外伤;腹腔穿刺引流;胆管损伤
[中图分类号] R322.47 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0306-02

以往对于伴有胆管损伤的闭合性肝外伤常以手术治疗为主,经皮腹腔穿刺引流的广泛应用提高了闭合性肝外伤保守治疗的治愈率。2008 ~ 2010 年我科应用经皮腹腔穿刺引流治愈 6 例肝外伤性胆漏患者,疗效较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 6 例,其中男 4 例,女 2 例,年龄 20 ~ 48 岁。致伤原因:车祸伤 5 例,殴打伤 1 例。1 例合并脾包膜下血肿,1 例肾挫伤,2 例肋骨骨折,均无严重合并伤。5 例在伤后 2 h 入院,1 例在当地医院治疗 1 个月后转入我院。本组患者均有右季肋外伤史,不同程度上腹部疼痛、腹胀。查体:右侧腹部压痛明显伴有肌紧张,6 例穿刺均抽出不凝混有胆汁样血液。CT 及 B 超提示肝周及盆腔积液。按照美国创伤外科学会(AAST)制定的肝外伤标准化分类:肝被膜撕裂深度 1 ~ 3 cm,3 例长度小于 10 cm 伴活动性出血,2 例肝裂伤深度大于 3 cm。

1.2 治疗方法

患者入院后均予以心电监护,生命体征平稳,无休克表现,动态观察血红蛋白、红细胞压积正常,急诊经 B 超引导下,局部麻醉,分别于右上腹部肋缘下锁骨中线及右下腹麦氏点置管,从 2 处引出血性胆汁样液体。

2 结果

5 例穿刺术后 3 d,引流液逐渐减少,1 ~ 2 周引流管无引流液,夹管无症状,复查 CT 及 B 超腹腔无积液后拔管。1 例穿刺引流 1 周出现上腹部胀痛,伴高热,复查腹部 CT 腹盆腔多处包裹积液,在 B 超定位下分别于腹腔积液处穿刺置管,引出大量黄褐色胆汁样液体,同时放置鼻胆管引流,穿刺术后 5 d 引流液逐渐减少,开始闭管,第 7 天复查 B 超及 CT 局部无积液后拔管。2 周后拔除鼻胆管引流管,本院 6 例肝外伤胆漏患者经腹腔穿刺引流治疗均痊愈出院。

3 讨论

对于肝外伤,过去往往认为手术是处理肝外伤的首选措施,但术中常发现部分患者肝损伤程度并无手术必要[1]。对于肝外伤同时伴有胆漏又较单纯性肝外伤处理更加棘手,如果胆漏未及时处理或未在腹腔包裹,可导致全腹膜炎、全身感染中毒症状,严重者出现感染性休克,随着影像诊断、监护、微创介入技术的迅速发展,以及控制损伤概念的提出,肝外伤的诊治理念发生了实质性变化[2]。因此部分肝外伤胆漏患者也并无手术必要,Christmas 等[3]认为 80% ~ 90% 的肝外伤可经非手术治愈。

有学者提出对于Ⅳ ~ Ⅴ级肝脏损伤且生命体征稳定的患者可以使用非手术治疗或血管介入治疗[4]。因此笔者结合对数例患者的处理经验,总结其穿刺指征:①中青年患者无其它

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403035
[收稿日期] 2014-01-10 [修回日期] 2014-01-25

脏器严重合并伤,无心、肺、糖尿病等伴发疾病,我院处理的 6 例患者年龄均为中青年,身体状况良好,无其他较重伴发伤,允许患者采取保守治疗,另外无心肺疾病及糖尿病,因此在治疗过程中降低了发生心肺功能障碍的风险,且避免了加重感染中毒症状。②血流动力学稳定是采取保守治疗必须条件。③以Ⅰ、Ⅱ级及部分Ⅲ级肝外伤为首选,从我院这 6 例患者的处理可看出Ⅲ级以下肝损伤发生较大血管及胆管损伤可能性较小。因此采取保守治疗的成功率更高。④Ⅲ级以上肝管损伤引起的胆漏且胆汁及腹膜炎体征局限,无感染中毒症状。部分患者如果引流液无减少可放置鼻胆管引流减轻胆道压力;对于较小胆管损伤引起的胆漏通过穿刺引流及放置鼻胆管引流基本可以治愈。其操作简便,可以同时多根引流,也可以及时调整位置、深度、角度,减少胆汁积聚,防止严重腹腔感染[5]。5 例患者入院后均及时穿刺放置引流避免腹腔胆汁集聚、腹膜炎的出现,转入这例患者由于胆漏时间长,腹腔多处胆汁集聚,于是采取多处、分次穿刺放置引流管直至闭管,同时为了使胆漏减少还需要安置鼻胆管引流减压,治疗效果较显著。因此发病时间长并不是绝对的禁忌证,只要漏胆在腹腔有包裹,无较重感染中毒症状,对腹腔内胆汁包裹性积液或肝内"胆脂瘤"可行经皮穿刺引流[6]。但对较大胆管损伤,通过保守治疗,漏胆仍未局限及减少,在非手术治疗期间出现腹膜炎症状时应立即手术探查,对持续存在血流动力学不稳定的患者须在密切监测的同时积极做好手术准备[7]。

对经严格选择的肝外伤进行非手术治疗,可大大减轻患者痛苦和经济负担,避免患者受到手术创伤的二次打击,在临床上有着积极的意义[1]。因此笔者认为经皮腹腔穿刺引流治疗肝外伤胆漏优点在于创伤小、方便且价格便宜,不需要高技术条件及设备,可在床旁超声引导下多次、多处穿刺引流,避免腹膜炎、感染中毒症状的出现,缩短治疗时间、降低治疗费用,因此只要严格选择患者,此方法在基层医院是值得尝试的。

[参考文献]

[1] 张 俊. 肝脏外伤 57 例的非手术治疗体会[J]. 中国普外基础与临床杂志,2003,10(4):385 - 386.

[2] 林忠生. 闭合性肝外伤诊治现状[J]. 广西医学,2009,31(12):1859 - 1861.

[3] Christmas AB, Wilson AK, Manning B, et al. Selective management of blunt hepatic injuries including nonoperative management is a safe and effective strategy[J]. Surgery,2005,138(4):606 - 610.

[4] 尚现章. 肝脏外伤诊治进展[J]. 中国实用外科杂志,2010,30(8):704 - 706.

[5] 王 健. 经皮腹腔引流在胆漏治疗中的应用[J]. 吉林医学,2011,32(9):1803.

[6] 陈敏胜,黄志伟. 闭合性肝外伤的非手术治疗的决策(附 105 例报道)[J]. 中国现代普通外科进展,2013,16(2):122 - 126.

[7] 王 东,朱继业. 复杂肝外伤的手术治疗[J]. 中国实用外科杂志,2010,30(8):656 - 659.

(编辑:杨 颖)

支架辅助治疗颅内宽颈动脉瘤

Stent adjuvant therapy in treatment of intracranial wide-necked aneurysms

庞志宏,王新亮,王文犀 (解放军第 252 医院神经外科,河北 保定 071000)

[关键词] 支架;宽颈动脉瘤;介入治疗
[中图分类号] R739.41 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)03-0307-02

国外研究已经证实血管内治疗颅内动脉瘤的安全性和有效性[1-3]。随着神经介入技术的发展,特别是颅内支架技术的发展,使得颅内大多数动脉瘤都能够通过神经介入技术而得到治疗。目前在国内有 4 种颅内支架应用于临床:①the Neuroform stent;②the LEO stent;③the Enterprise stent;④the SolitareAB stent[4]。SolitareAB stent 是进入国内最晚的专用支架。我院 2010 年 5 月至 2013 年 3 月采用 SolitareAB stent 治疗了 31 例宽颈及复杂动脉瘤患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 5 月至 2013 年 3 月我院收治 31 例宽颈动脉瘤患者,其中女 18 例,男 13 例,年龄 36 ~ 74 岁;31 例患者中 24 例为蛛网膜下腔出血的患者;33 个动脉瘤中 9 个动脉瘤为未破裂动脉瘤,24 个为破裂动脉瘤。31 例患者经治疗,33 枚 the SolitareAB stent 被植入。本组病例都是选择患者 HUT 分级为 1、2、3 级,HUT 分级 5 级患者没有被入选,HUT 分级 4 的患者根据情况,如果患者出现好转趋势的,可考虑进行手术的。

1.2 方法

蛛网膜下腔出血的患者入院后首先进行 CTA 检查,如发现存在动脉瘤且瘤颈宽大或瘤颈形状复杂或可能需要做支架者,即做支架准备,包括术前 3 d 服用波利维 75 mg/d、阿斯匹林 100 mg/d。紧急情况下,药物剂量加倍服用后准备手术,口服困难者下胃管鼻饲给药。

所有患者均给予气管插管、全身麻醉,肝素化后一般采取右侧股动脉插管,给予 6F 指引导管,2 枚 Y 型阀,生理盐水加

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403036
[收稿日期] 2013-10-28 [修回日期] 2013-11-10