维普资讯 http://www.cqvip.com

应列为首选检查方法。

3.2.5 急性绞窄的超声诊断与价值：常见脏器或肿瘤的扭转：本文肿瘤蒂扭转14例，睾丸扭转2例。睾丸扭转声像图特点：患侧睾丸均匀性增大，睾丸内部回声减弱，光点分布不均匀，睾丸周围可见少量液性暗区，CDFI：患侧睾丸内动脉及包膜下动脉无血流信号，提示睾丸缺血。彩色多普勒的广泛应用能准确地区分睾丸炎症和扭转，是一种评价阴囊急性疼痛的可靠方法，对睾丸扭转的诊断及鉴别诊断、治疗方法的选择、疗效观察和预后有很大帮助。

3.3 *在血性腹膜炎中的超声诊断与价值*

主要是外伤性肝脏、脾脏、肾脏破裂和宫外孕破裂。当血流入腹腔后，声像图表现为：小量时平位探测，膀胱或子宫后方可见扁薄条样无回声暗区；大量时，腹腔低下处均可探及无回声暗区。

由此可见超声能在无创伤、不增加患者痛苦前提下对大部分急腹症患者做出迅速又可靠的诊断，不仅为临床提供可靠的诊断依据，还可动态观察疾病发展变化，及时发现可能出现的并发症，并可在超声引导下行诊断性腹腔穿刺术，因此夜诊超声在急腹症诊断及鉴别诊断中起着不可忽视的作用，是临床医生及患者最易接受的一种影像检查方法。

参 考 文 献

1. 曹海根，王金锐，主编．实用腹部超声诊断学．第一版．北京：人民卫生出版社，1994.259.
2. 周永昌，郭万学，主编．超声医学．第三版．北京：科学技术文献出版社，1999.1012.
3. 王志荣．利用B超诊治小儿肠套叠．安徽医学，1991.12(5)：14.

（收稿日期：2003－03－30）

甲状舌骨膜在声门上区癌切除术喉功能重建中的应用

李 永*

声门上区癌17例，手术行喉部分切除，同时切除舌根淋巴组织，因直接用舌根部粘膜修复不能完成，而采用甲状舌骨膜修复，行喉功能重建，术后喉发音和吞咽功能良好。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料：17例中男8例，女9例。年龄最小40岁，最大67岁，50～59岁14例，占82%（14/17）。病理分类17例均为鳞状细胞癌。

1.1.2 病变范围和临床分期：癌瘤位于会厌前间隙4例；累及会厌根部杓会皱襞3例；位于会厌根部和假声带、喉室3例；位于左声带以上、右喉室及梨状窝1例；位于右声带以上、会厌喉面和右颈侧淋巴结转移1例；位于杓皱襞、会厌根部和左颈侧淋巴结转移1例；位于会厌舌面累及梨状窝并双颌下淋巴结转移1例。分期按1987年UICC标准。本文声门上区癌17例，Ⅰ期11例（$T_1 N_0 M_0$ 9例，$T_1 N_1 M_0$ 2例）；Ⅱ期5例（$T_2 N_0 M_0$ 4例，$T_2 N_2 M_0$ 1例），Ⅲ期1例（$T_3 N_3 M_0$ 1例）。

1.2 手术方法

1.2.1 术式与适应症：水平半喉切除7例，适于会厌病变和双侧声带以上病变的患者；水平半喉切除＋左2/3垂直喉切除1例，适于会厌病变、左声带以上和左喉室以上病变者；水平半喉切除＋左垂直喉切除4例，适于会厌病变和左喉腔病变，且声带固定者；水平半喉切除＋右垂直喉切除2例，适于会厌病变和右喉腔病变，且声带固定者；水平半喉切除＋左、右颈廓清术各1例，适于会厌、双声带以上病变和左、右颈部淋巴结转移者；水平半喉切除＋双侧颈廓清术1例，适于会厌、双声带以上病变和两侧颈淋巴结转移者。

1.2.2 根据术前检查17例都有不同程度的会厌根部、会厌喉面和杓皱襞的癌瘤侵犯。据此，术中在切开皮肤暴露喉头后，于甲状软骨上缘横形切开甲状舌骨膜，至甲状软骨两侧上角前缘，做“U”字形蒂在上方的甲状舌骨膜瓣备用。在喉内病变切除后，同时切除舌骨，视舌根部组织切除情况，把甲状舌骨膜瓣修整成适合舌根部缺损之膜瓣，其下端向咽腔内翻转，甲状舌骨膜瓣断缘与舌根部粘膜断缘对位缝合，修复舌根部缺损，再修复喉腔，将喉悬吊于舌骨上方软组织，常规结束手术。

2 结果

本文17例声门上区癌，术中创缘冰冻切片证实无瘤组织，舌根部一般切除3.0 cm，都采用甲状舌骨膜修复其缺损。术后Ⅰ期愈合，术后随访2～8年，8年6例，7年4例，6年2例，5年2例，4年、3年及2年各1例，均无复发，其中3例颈淋巴结转移者亦未见颈部肿块。

* 作者单位：161000 黑龙江省齐齐哈尔市解放军第二〇三医院五官科

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

喉部解剖学的研究，特别是Pressman(1956)经喉内注射颜料与核素，观察到喉部被结缔组织分隔为数部，其淋巴引流深、浅二层也不相同，深层淋巴随各个喉分部而分区[1]，为部分喉切除术提供了理论根据。林志宏等[2](1990)报道通过对喉淋巴管分布与超微结构观察的研究，证明室带和会厌喉面的淋巴管与会厌前间隙淋巴管有联系，因此切除舌根部淋巴组织，对治疗淋巴丰富的声门上区癌是有积极和决定意义的。本文17例术后9～15 d其修复生长良好。可见，用甲状舌骨膜行部分喉切除重建术是有效的、可行的。

根据Tuker(1961)[3]实验研究证实，喉部被有"屏障"作用的结缔组织分隔为数部，为部分喉切除术提供了理论依据。然而，这种"屏障"仅在一定程度上限制癌生长扩展[4]，并不能阻止癌肿的侵犯[5]。林志宏等的超微结构观察证实，前联合区的淋巴管总截面积小、数目少、变化较稳定，称为淋巴管骤变区，这是声门上区癌不易累及前联合的组织结构基础，而在骤变区上、下区域易被癌瘤累及。基于此，对声门上区癌行部分喉切除术，切除舌根部淋巴组织，是提高部分喉切除术根治效果的有利措施。本文17例切除舌根淋巴组织，用甲状舌骨膜修复舌根部，术后喉功能恢复令人满意。由此可见，这种方法值得推广。

参 考 文 献

1. Pressman J. Norris CM. Fnytner Studies the Submucosal compare-mentsand Iympnatics of the larynx by injection of dyes and radioisotopes. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1965, 65:963－965.
2. 林志宏，蔡钺侯，王辉萼.喉淋巴管分布与超微结构观察.中华耳鼻咽喉科杂志，1990，25:275－276.
3. Tucker GF. A hiseologcal method for the seudy of the spread of corcinoma within the larynx. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1961, 70: 910－914.
4. 葛荣明，侯风隆. 跨声门癌(附34例喉连续切片观察). 中华耳鼻喉科杂志，1986，21:91－93.
5. Glans HK. Carcinoma of the larynx. In: Pfaltz CR ed. Adv Otorhinolaryngol. Vol 32. Basal: Karger, 1986, 21:88－99.

(收稿日期:2003－05－21)

综合治疗创伤性蛛网膜下腔出血

许树元* 汤晓晖* 安贵群* 王雅钧*

创伤性蛛网膜下腔出血(tSAH)临床上较为常见，脑血管痉挛(CVS)是tSAH病人出现的重要并发症，也是tSAH病人致死致残的主要原因之一。我科自1998年1月至2002年6月收治tSAH病人68例，采用尼莫地平和早期腰大池持续引流综合治疗的方法，对tSAH出现脑血管痉挛的预防和治疗取得满意效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

男40例，女28例。年龄13～70岁，平均年龄42岁。致伤原因：交通事故37例，打击伤22例，坠落伤9例，受伤至入院均在48 h以内。其中合并脑内血肿及脑挫裂伤而行开颅血肿清除加去骨瓣减压术者18例。蛛网膜下腔出血于基底池、环池29例，大脑半球脑沟17例；血肿发生于前侧裂12例，纵裂7例，天幕下3例。

1.2 临床表现

入院时意识清醒37例，浅昏迷25例，深昏迷6例。GCS13～15分12例，GCS 9～12分25例，GCS≤8分31例。合并颅内血肿22例，脑挫裂伤29例，颅底骨折6例。

1.3 治疗方法

本组68例病人均采取尼莫地平加腰大池持续引流的综合治疗方法。(1)常规治疗加20%尼莫地平50 ml静脉滴注，每12 h一次，连续14 d。(2)早期腰大池持续引流：选择$L_{3\sim4}$或$L_{2\sim3}$椎间隙行穿刺置管术，向椎管内腰骶方向置入引流管5～6 cm，通过调节引流瓶位置的高低控制引流量。早期引流瓶固定于腋中线水平下0～5 cm，5～7 d后可调至腋中线下5～10 cm，引流量约为300～400 ml/24 h，留置时间可为15～30 d。开颅手术的病人于2～3 d后拔出脑部引流管，即可行腰大池引流。对非开颅手术的病人直接行腰大池持续引流术。

1.4 脑血管痉挛(CVS)的评价

依据TCD所测定的平均大脑中动脉血流速率值，并参照Seiler的标准将CVS分为：轻度：120 cm/s < Vm ≤ 140 cm/s，中度：140 cm/s < Vm ≤ 200 cm/s，重度：Vm > 200 cm/s。在伤后3个月对预后进行评价。

* 作者单位：200431 上海市仁和医院神经外科