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

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

2.1 CVS发生情况

入院时，有轻度CVS 8例，中度CVS 4例。入院后第3天，轻度12例，中度6例。入院后第7天，轻度10例，中度4例。入院后第14天，无CVS发生。

2.2 3个月时预后

术后死亡3例，其中2例死于脑干功能衰竭，1例死于心梗。恢复良好42例，轻残12例，中残8例，重残2例，植物生存1例。

3 讨论

tSHA是颅脑损伤后最常见的损伤类型，其对脑组织的损害主要有两方面，一是影响脑脊液循环，易导致脑积水，二是造成缺血性神经功能障碍。多数学者认为tSAH所致的神经功能障碍的发病机制与动脉瘤性SAH相似，也主要由CVS所引起，其发生率为50%左右[1,2]。因此，如何防治CVS便成为提高tSAH病人治疗效果和改善预后的重要因素。

众多临床研究资料表明钙离子通道拮抗剂尼莫地平能降低CVS的发生率，缓解CVS，减轻CVS的严重程度，从而减轻继发性缺血性脑损害，显著降低tSAH病人的致残率和死亡率[2]。

腰大池持续引流术可通过脑脊液的自然循环途径加速蛛网膜下腔出血的廓清，促进脑脊液的再生成，而淡化血性脑脊液的浓度。优点有：(1)创伤小；(2)带管时间长，可留置15～30 d；(3)感染率低；(4)经引流管送化验和治疗方便。常见并发症有：引流不畅、感染和穿刺部位渗液。处理措施：对于血性引流液较浓的病人，可经引流管定期用少量生理盐水冲洗，确保引流通畅。更换引流瓶要注意严格无菌操作。一旦发现穿刺部位渗液需及时拔除引流管，丝线缝合穿刺点，更换穿刺点。治疗tSAH行腰大池持续引流术，可加速脑脊液自然循环和蛛网膜下腔出血的清除，缓解脑血管痉挛，改善脑缺血状态，减轻脑水肿的程度，对减少晚期脑积水有很大益处。但是如脑水肿严重或有小量颅内血肿而颅压增高明显者应慎用此方法，以免诱发脑疝。

本组68例病人均采用尼莫地平及腰大池持续引流的综合治疗方法，明显减轻及缓解CVS的发生，并预防了脑积水的产生，明显改善了病人的预后，此种方法值得临床推广应用。

参 考 文 献

1. Sander D, Klingelhofer J. Cerebral vasospasm following posttraumatic subarachnoid hemorrhage evaluated by transcranial Doppler ultrasonography. J Neurolsci, 1993, 119: 1－7.
2. Hardres A, Kakarieka A, Braakman R, et al. Traumatic subarachnoid hemorrhage its treatment with nimodipine. J Neurosurg, 1996, 85: 82－89.

(收稿日期：2003－03－24)

腹腔镜联合胆道镜治疗胆总管结石体会

朱 宏* 李 翔*

胆囊结石并发胆总管结石的发生率一般为10%～15%。在有症状的胆囊结石患者施行胆囊切除时，合并胆管结石的可能性60岁以下患者为8%～15%，60岁以上患者为15%～60%[1]。因此，应用一种适当的方式来治疗胆总管结石是必需的。随着腹腔镜技术的发展，我们找到了合适的途径，如腹腔镜联合胆道镜治疗胆总管结石就比开腹手术具有明显的优越性。我科于2001年5月至2002年5月一年来共开展20例腹腔镜联合胆道镜行胆总管切开取石术，均获成功。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

20例中男12例，女8例。年龄29～73岁，平均52.6岁。均伴发胆囊结石慢性胆囊炎，5例伴有肝内胆管结石。单发结石者8例，多发结石者12例。胆总管直径1.2～2.5 cm，平均1.42 cm。术前经彩超或CT等证实诊断。

1.2 手术方法

手术麻醉方式采用全麻气管内插管，呼吸机辅助呼吸。病人采用头高足低左偏位，经典4孔法造气腹，建立镜孔及操作孔，首先解剖胆囊三角，夹闭胆囊动脉及胆囊管，然后不切断胆囊管，将胆囊逆行剥离下来，牵拉胆囊，在胆总管的前壁，胆总管与胆囊结合部的下方沿纵轴切开胆总管，长度约1.0～2.0 cm。由剑突下操作孔插入胆道镜进入胆总管，同时用温盐水灌洗，探查远端及近端胆管，用取石网篮取净结石后，放"T"形管引流，用3/0可吸收线连续缝合胆总管切口，切除胆囊，"T"形管

* 作者单位：110023 沈阳市第五人民医院普外二科