维普资讯 http://www.cqvip.com

腔缝合关闭不好,遗留死腔造成血肿,血肿形成后积血感染形成脓肿,而导致手术失败。因此,要求手术核出肌瘤后仔细止血,对瘤腔深者分层缝合,不留死腔。另外、产褥期产妇抵抗力低下,如术前消耗过多(如产程过长)、或感染机会多(如胎膜早破,产程中剖宫产等),都是造成术后感染的潜在因素,不可忽视。为克服上述弊端,我们除努力提高缝合质量外、还注意加强和提高产妇的营养、对能进食者,鼓励膳食高蛋白、高碳水化合物,对不能进食者、在输液同时加输血浆、白蛋白、氨基酸及多种维生素等,同时选用足量有效广谱抗生素,预防感染。由于治疗方法得当,本组58例均未发生感染。

参 考 文 献

1.曹泽毅,主编.中华妇产科学.北京:人民卫生出版社,1996.1824.
2.卞度宏.妊娠合并子宫肌瘤的处理.实用妇产科杂志,1999,15(2):65.
3.马玉珠.子宫肌瘤与妊娠.见:邓民芳,主编.临床产科学.北京:人民卫生出版社,1994.323.

(收稿日期:2002-02-05)

第四脑室血肿铸型的立体定向治疗

崔志强* 章 翔** 修 波*** 吴景文** 孟庆芬*

一、资料与方法

1.临床资料:本组共12例、其中女4例,男8例,年龄40~67岁,平均55.5岁。病程6h~3d。

2.临床表现:均表现为意识障碍,浅昏迷4例,深昏迷1例,都有不同程度的生命体征变化如体温升高,心率快、血压增高、呼吸急促等。

3.辅助检查:发病6h内均行CT检查,因脑室出血至第四脑室者5例,脑出血进入侧脑室,流至第四脑室者4例,小脑出血至第四脑室者3例。第四脑室的出血量4~6.5ml,平均5.1ml。原发脑室出血25~34ml,平均28ml,原发丘脑出血18~24ml,平均21ml,原发小脑出血5~12ml,平均7.4ml。

4.手术方法:(1)针对第四脑室血肿的处理方法:在头皮上画出矢状线及横窦的位置。安装3C—98Ⅱ定向仪,再次行CT检查确定第四脑室血肿中央为靶点、测出X、Y、Z值,进入手术室,如病人昏迷程度深,给予全麻插管,如果生命体征尚可,则给予局麻。使病人侧卧位,在距正中矢状线4cm位置切开头皮约0.5cm,用颅电钻颅骨钻孔,取靶点穿刺针与矢状面呈60°角穿入靶点,拔针芯,轻柔抽吸部分液化血性液体,置带有侧孔的引流管一枚,接引流袋,固定,待回病房后给予尿激酶1万U加入2ml生理盐水注入血肿腔、夹闭2h后放开引流。每日2~3次。(2)针对脑室出血的处理方法:对于原发脑室出血的患者,于额角穿刺行脑室外引流术,如果已铸型,则可用尿激酶溶解,引流方法同前,用量可适当加大,针对丘脑出血破入脑室的患者,则于脑血肿腔及脑室内分别放置引流管,同样应用尿激酶溶解引流。针对小脑出血(10ml以内)的患者,可在立体定向指引下于血肿腔内放引流管,尿激酶溶解引流。

二、结果

引流2~3d后,第四脑室及其他原发出血部位血肿逐渐吸收,12例患者中10例意识状态逐渐改善,最后都清醒,虽留有不同程度的神经功能障碍,但都能达到一定自理能力,有2例死亡,考虑脑干或丘脑下部损伤严重所致。

三、讨论

第四脑室血肿铸型对病人的影响主要是:(1)压迫刺激脑干的网状上行激活系统,而使昏迷程度加深。(2)影响生命中枢而出现呼吸循环方面的改变。(3)阻塞脑脊液循环通路而出现颅压增高甚至脑疝。所以清除第四脑室血肿对患者意义重大。而常规开颅手术治疗,对患者损伤大,甚至因手术操作而加重病情,采用立体定向技术穿刺血肿腔、抽吸并引流可以较快地解除对脑干的压迫及对脑脊液循环通路径的阻塞,能迅速缓解病情,降低死亡率,减少并发症。

手术适应症及禁忌症:影像学上显示以第四脑室血肿铸型为突出表现,而其原发出血量不明显增多者(原发丘脑出血在20ml以内,原发小脑出血在10ml以内)可为手术指征。在意识状态方面如果出现深度昏迷则手术禁忌。手术时机以发病后6h以后为宜。手术中及手术后的注意事项:(1)穿刺靶点在血肿中间不要过深以免伤及脑干。(2)抽吸时一定要轻柔不要勉强。(3)术后注意控制血压,以免再次出血。(4)争取在72h内拔管,以免颅内感染。

参 考 文 献

1.Hankey GJ、Hon C. Surgery lor primary intracerebral hemorrhage: is it safe and effective? Stroke, 1997、11:2126.
2.王勇军,杜吉祥,刘宗惠.超早期立体定向手术治疗高龄高血压脑出血.中华神经外科杂志,1998,2:172.
3.李景荣.手术治疗高血压基底节出血的近期疗效.中国神经精神疾病,1992,3:166.

(收稿日期:2001-11-19)

* 作者单位:130012 吉林省前卫医院神经外科
** 西安市第四军医大学西京医院神经外科
*** 海军总医院神经外科