维普资讯 http://www.cqvip.com

周围有轻度粘连时，手术难度降低，易于操作，同时也加快了手术时间，减轻了患者痛苦，减少盆腔脏器暴露的时间。

（二）保持了盆底、阴道的完整性。本研究结果显示，改良式子宫全切术改进术式，本术式中，子宫主、骶韧带均予保留，盆底支持好，阴道无缩短，由于保留了宫颈筋膜及子宫骶骨韧带，主韧带等宫旁组织，术后不会失去其固定盆腔脏器的作用，可防止术后阴道壁脱垂及腰骶，下腹坠胀感，保护患者术后劳动力；由于阴道穹隆部结构未受破坏，基本不改变阴道长度，对性功能影响较小，目前经过术后随访已证实这一点。

（三）切除了宫颈管内膜移行带，消除了次全切宫颈残端癌的顾虑。

（四）术中术后出血问题：宫颈为一纤维组织相对较多的结构，血循环较丰富，术中术后易发生出血，但我们认为，术中在宫颈筋膜内进行楔切宫颈组织时，发现出血、及时止血，对宫颈旁有慢性炎症或粘连者，除术前要充分抗炎外，术中处理要细致，止血要充分，在关闭宫颈前筋膜时，缝合不能粗糙，本次缝合过程是再一次止血过程，不能漏掉任何有术后出血可能因素，同时也是一次加固盆腔结构的过程，可避免术后脏器脱垂。

（五）阴道残端缝合的改进：本术式中改良了宫颈缝合的两种方法；原荷包缝合法及8字间断缝合法（腹式筋膜内子宫全切）。在结扎子宫动脉后，环形切开宫颈前筋膜，上提子宫，做宫颈锥状楔切除直至阴道端，缝合断端用华力康线连续或间断缝合，宫颈前筋膜用7号丝线间断缝合，必要时重复加固。此种缝合最大限度减少了原宫颈筋膜内子宫切除，以10号丝线做筋膜前后荷包缝合的阴道出血及术后恢复期的点状出血，同时保持盆底完整性，防止内脏脱垂。

参 考 文 献

1. 腹式筋膜内子宫全切术. 实用妇产科杂志，1998，14：21.
2 半腹膜外筋膜内全子宫切除术的初步研究. 现代妇产科进展，1995，4：81.
3. 苏应宽，刘新民主编. 妇产科手术学. 第2版. 北京：北京人民卫生出版社，1993. 87－97.
4. 冯秀英. 改良腹式子宫全切术术式探讨. 实用妇科与产科杂志，1993，9：173.

（收稿：2000-01-03）

162-163 外伤性 脑内血肿 治疗 25

外伤性脑内血肿74例治疗体会

金大为* 高尚民** 关廷广***

R651.15

外伤性脑内血肿占颅内血肿的5%左右。我科于1994年5月～1999年8月共收治外伤性脑内血肿74例，就其治疗体会报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：男52例，女22例，年龄18～74岁，平均48岁；车祸伤46例，坠落伤22例，打击伤6例；着力部位，以枕顶部居多，占82%，其余为额颞部；伤后就诊时间，2 h内32例，2～7 h 24例，7～24 h 6例，24～72 h 2例，72 h以上10例。

2. 临床所见及CT所示：入院检查GSC13～15分21例，9～12分34例，5～8分15例，5分以下4例。单侧瞳孔散大11例、双侧瞳孔散大3例。单侧肢瘫15例，去脑强直5例，失语2例。脑内血肿部位，一侧额叶血肿14例，双侧额叶血肿6例，一侧颞叶血肿12例，双侧颞叶血肿8例，一侧额颞血肿32例，枕叶血肿2例。合并同侧硬膜下血肿10例，蛛网膜下腔出血（SAH）28例，脑挫裂伤10例，迟发性血肿12例。血肿量20～30 ml 21例，30～50 ml 35例，50 ml以上18例。中线结构移位＞1 cm 24例，0.5～1.0 cm 32例，无移位18例。

3. 治疗方式：非手术治疗42例，条件为GSC计分＞9分，血肿量＜40 ml，严密观察下给予脱水、激素、神经营养药物等。合并有SAH者应用尼莫通、腰穿放血性脑滑液等治疗。手术治疗32例，行骨瓣开颅及毁损脑组织清除，其中5例行去骨瓣减压术。术后为保持呼吸道通畅行气管切开术9例。

4. 结果：本组死亡8例。手术治疗后临床治愈者大多能生活自理，但同等量血肿比非手术治疗致残率为高。

二、讨论

外伤性脑内血肿大多与脑挫裂伤、硬膜下血肿并存，大多有不同程度的意识障碍及神经系统体征，其治疗也是脑外伤的难点，死亡率及致残率高。CT扫描可确诊，但首次CT检查未发现血肿者，应观察并复查CT。本组迟发性血肿12例。脑内血肿的临床表现，依血肿的部位而定，位于额颞前端及底部的血肿与对冲性脑挫裂伤、硬膜下血肿相似，除颅压增高外，多无明显定位症状或体征，若血肿累及重要功能区，则可出现偏瘫、失语、偏盲、偏身感觉障碍以及局灶性癫痫等症象[1]。

治疗应根据临床表现及CT所见综合分析。本组体会：血肿量＞40ml，中线结构移位＞1cm者必须手术治疗，血肿量在30～40ml之间应结合临床表现慎行保守治疗，一旦出现意识进行性恶化或瞳孔改变者即行手术治疗。以往文献报道＞40ml者应行手术治疗，我们经比较发现保守治疗成功者致残率远较手术者低，原因与手术对皮层再破坏有关，曾有1例一侧颞叶血肿量达55ml，伤后7天就诊，经保守治疗痊愈病例，对于血肿量＜30ml者，一般应行保守治疗。

脑内血肿后遗症，结合本组病例主要针对2例脑室穿通畸

* 作者单位：157011 中国人民解放军209医院外2科
** 牡丹江木材公司职工医院
*** 桦林集团公司职工医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

形合并癫痫者，非手术治疗组未有脑室穿通畸形及癫痫者。2例脑室穿通畸形者均在手术治疗后。2例特点为血肿位于额叶脑内血肿，血肿量>40ml，血肿边缘靠近侧脑室前角，可能原因为坏死脑组织液化波及脑室或手术致脑室穿通，2例癫痫均在术后3个月内发生。

老年人脑内血肿。多数老年人脑组织发生程度不同的退行性变和脑萎缩，因此，颅内空间较青壮年稍大，不易产生高颅压症状[1]。根据这一特点，实践中我们也发现同等部位及血肿量相同情况下，临床表现较青壮年轻，如无其它疾病，本组血肿量<40ml者均在保守治疗下成功、愈合亦较好。

外伤性脑内血肿多伴有蛛网膜下腔出血(SAH)，而SAH后迟发性脑血管痉挛(DCVS)的发生率可达60%以上[2]，我们给予尼莫通治疗，本组合并有SAH者，未有DCVS及脑缺血情况发生。

本组死亡8例：6例死于术后脑组织水肿，不可逆的脑干损伤。1例死于合并有颈髓损伤，1例死于并发肺部感染后出现的心、肺、肾功能衰竭。

总之脑内血肿的救治应根据实际情况具体分析，本组最大体会是：①手术与否依据临床表现与血肿量，非手术治疗致残率低，尤其对老年人；②注意脑室穿通畸形及癫痫发生，因其危害性大，应尽最大努力避免其发生；③合并有SAH时，预防应用尼莫通治疗。

参 考 文 献

1. 王忠诚，主编. 神经外科学. 湖北科学技术出版社，1998：339，268.
2 刘芳龄，刘多三，饶明莉，等. 蛛网膜下腔出血后迟发性脑血管痉挛并脑梗塞的临床与CT分析. 中国神经精神疾病杂志，1997，23：17－18.

(收稿：1999-12-13)

143－144 肺错构瘤 诊断 治疗 26

肺错构瘤25例诊治体会

白德巍* 张玉安 杨春鹿**

R734.2

肺错构瘤是肺内最常见的良性肿瘤，我院及中国医大一院1980～1998年共收治肺错构瘤25例，均经手术和病理证实，现结合文献学习将诊治体会进行报告。

一、临床资料

1.一般资料：本组25例中，男15例，女10例，男女之比为1.5:1。其中肺内型22例，支气管内型3例。病程15天～8年，平均18个月。发病年龄32～63岁，平均47.5岁。

2.临床症状和发病部位

(1)临床症状(见表1)

表1 肺错构瘤的临床症状

症状	胸痛	咳嗽咯痰	咯血	胸闷气短	无症状
例数	2	4	3	4	12
占%	8	16	12	16	58

(2)发病部位(见表2)

表2 肺错构瘤的发病部位

部位	左肺上叶	左肺下叶	右肺上叶	右肺中叶	右肺下叶
例数	6	5	7	3	4
占%	24	20	34	6	16

(3)X线检查：本组25例均表现为肺内圆形或椭圆形密度增影，边缘多清晰，病灶内钙化者8例，其中2例可见典型的爆米花样钙化，胸部CT：肺门及纵隔均未见肿大的淋巴结。本组3例支气管内型中有2例显示不同程度的肺不张或阻塞性肺炎改变。

(4)术前诊断：本组术前仅7例诊为肺错构瘤，诊为肺癌者5例，诊为肺结核球者6例，诊为炎性假瘤者7例。术前行支气管镜检查者2例，1例见到肿瘤，活检为粘膜鳞状上皮增生。另一例未见异常。

(5)病理检查：肉眼见肿瘤均为圆形、椭圆形肿物或结节分叶状，质地硬、韧，界限清楚，切面呈白色或灰白色。镜下主要由软骨，纤维结缔组织、平滑肌纤维、脂肪和呼吸道上皮组织组成。本组均无恶性变。

(6)治疗与转归：本组均经手术治疗，其中2例因肿块较大行肺叶切除术，肺楔形切除16例，肿瘤摘除术7例。全部治愈，术后经2～5年随访，病人无异常变化，生活及工作均正常。

二、讨论

1.病因学：肺错构瘤是由肺组织成分经过不正常混合而成，是介于畸性和真性肿瘤之间的交界性病变，是最常见的肺部良性肿瘤，极少数可恶变。其发生病因的主要理论有：①正常结构过度增生；②局部组织畸形；③先天畸形；④炎症；⑤肿瘤样生长等。依肺错构瘤主要成分不同，组织学上可分为软骨性、结缔组织性、平滑肌性等不同类型，大多数为软骨性错构

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍山钢铁公司立山医院外科
** 中国医科大学附属第一医院