维普资讯 http://www.cqvip.com

损伤,使糖尿病患者容易发生血栓[4]。

2.治疗问题:合并急性血栓性浅静脉炎的患者,术前给予抗生素并辅以理疗,待炎症消退后手术治疗。术式的选择根据瓣膜功能、血液动力学的变化、结合临床表现、还应考虑患者的年龄,是否有合并症、血液流变学的变化等因素,以减少创伤及并发症发生。小腿静脉曲张严重及皮肤色素沉着并发溃疡者,曲张静脉与皮肤粘连,局部处理较困难,且切口难以愈合。本组17例采用局部切除加经皮缝扎法,远离溃疡多处小切口行曲张静脉团切除,一般不影响切口愈合。经皮缝扎时应注意不要遗漏,并将静脉血液排空,使缝扎静脉保持空虚状态。

对于老年下肢静脉曲张患者,活动时避免外伤,服用小剂量阿斯匹林,预防血栓性浅静脉炎,尽早行手术治疗。

参 考 文 献

1.孙学军,黄凤瑞,李银良,等.老年下肢静脉曲线并血栓性浅静脉炎16例报告.实用老年医学,1996,10(5):225.
2.Borow M. Postoperative venous thrombosis evaluation of five methods of treatment. Am J Surg,1981,141(2):245.
3.俞兆祉,王秋生,郑绍庆,等.腹腔镜手术后下肢深静脉血栓形成.中国内镜杂志,1996,2(4):26.
4.雷一凡.糖尿病并发血液高粘滞综合征及其对策.中国血液流变学杂志,1993,3(4):61.

(收稿:2000-07-11)

化脓性脑室炎20例诊治体会

李进京* 刘宏亮* 朴松鹤*

化脓性脑室炎又称脑室炎或室管膜炎,是发生在脑室系统及其周围的炎症[1]。本病以脑室内脑脊液化脓性改变为特征,临床症状严重,死亡率很高。我院于1991年~1999年10月以来共收治20例,采用脑室内抗生素灌洗引流,效果满意。现将本组进行讨论如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组20例,男14例,女6例,年龄为17~63岁,平均年龄42岁。病因:脑室外引流术后10例,开放性颅脑损伤术后3例,脑室—腹腔分流术后3例,脑脓肿破入脑室4例。

2.临床表现:全部病例均有不同程度意识障碍。高热18例,剧烈头痛17例,恶心呕吐,反复抽搐9例,颈项强直20例。

3.辅助检查:20例周围血的白细胞数增高为(12~37)×10^9/L,脑脊液检查:20例白细胞数增高为120~2150/L,脑室内积脓者2例。生化结果:20例蛋白增高均在0.4g/L以上,糖降低者16例,氯化物降低者15例,脑脊液培养阳性者15例,其中大肠杆菌5例;金黄色葡萄球菌3例,绿脓肝菌、厌氧菌各2例,克雷伯氏杆菌2例,白色葡萄球菌1例。

二、结果

本组病例在积极处理原发病灶和全身抗生素治疗的基础上,同时采用脑室内置管注药及引流治疗。双侧脑室置管引流14例,单侧脑室加脓肿腔置管引流4例,单侧脑室加腰椎蛛网膜下腔置管引流2例,疗程为7~12d。具体方法是:每500ml生理盐水加庆大霉素24万U及地塞米松5mg,行脑室持续滴注并置管引流,每日量为1000~1500ml,以后可根据病原菌药敏选用敏感抗生素。治疗结果:治愈12例,死亡7例,放弃者1例。

三、讨论

1.病因及感染途径:化脓性脑室炎是神经外科致命性颅内感染,脑室引流的占6%~39%[2]。由于脑室是人体防御功能薄弱区,在脑脊液中没有吞噬细胞,没有IgM及补体,细菌易生长繁殖。本组病例病因可归纳为:①继发于颅脑损伤开颅术后;②脑室外引流术后置管时间过久;③颅内脓肿直接蔓延;④化脓性脑膜炎及不规则治疗均可并发此症。

2.临床诊断:化脓性脑室炎的临床症状多无特征性,早期难以察觉,作者体会,有下述情况者应考虑脑室炎的可能:①开放性颅脑损伤术后数天有不规则发热;②开颅术后3d~5d在抗感染治疗的情况下出现头痛、颈部强直、谵妄或伴有意识障碍,尤其术前有脑室外引流史者。③手术部位逐渐隆起,伤口溢脓,抗感染、脱水治疗,症状难以缓解者;④脑脓肿患者如症状突然加重,迅速出现高热昏迷,多应考虑脑脓肿破入脑室。当有以上表现,应及时进行有关的辅助检查,以便明确诊断。文献报告,化脓性脑室炎时CT扫描,可见脑室变形甚至闭合,注射对比剂,室管膜边缘密度增高是其特征[3]。本组CT扫描11例表现为不同程度脑室扩大。

3.治疗:化脓性脑室炎的治疗至今仍是棘手问题,一旦发病,病因治疗是医治化脓性脑室炎的关键。根据药敏及时给予有效抗生素是治疗成功的重要条件,除全身应用有效抗生素外,脑室置管持续冲洗引流十分重要。抗生素盐水持续冲洗侧脑室治疗化脓性脑室炎具有如下优点:①脑室内及蛛网膜下腔保持有效药物浓度,作用持续。②持续外引流可降低颅内压,并且冲洗、引流出炎性物质及蛋白,减轻毒素反应、防止蛛网膜炎性粘连。③可随时留取脑脊液标本作检验,指导治疗。本组

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第二医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

7例因感染严重，脑室炎未能控制并发全身衰竭或脑疝死亡。既往我们使用脑室内单管注药引流，由于浓液粘稠，坏死碎屑堵塞引流管而失败。故现改变为双管持续灌洗引流，克服了单管引流的弊端。置管时如发现脑脊液为脓性粘稠时，宜在抗生素冲洗液中加入适量糜蛋白酶，有助于脓性脑脊液溶解变稀易于排出。

总之，本组病例经积极采用双管抗生素灌洗引流，配合全身用药等综合治疗，多数病人转危为安，我们认为，此法有助于提高疗效，降低病死率。

参 考 文 献

1. 张惠民. 婴儿硬膜下积液与脑室炎. 陕西医学杂志, 1988, 11:52.
2. Wald SL. Cerebrospinal fluid antibiotic levels during treatment of shunt infections. J Neurosurg, 1980, 52:41.
3. 林俊华. 儿童化脓性脑膜炎的CT扫描. 国外医学. 神经内科神经外科学分册, 1983, 3:58.
4. 樊寻梅. 婴幼儿化脓性脑膜炎合并脑室炎的诊断与治疗. 中华儿科杂志, 1983, 6:334.

(收稿:2000-12-21)

实测100例小儿股动脉内径

曹志杰* 李官禄**

作主动脉或左心造影时，通常以股动脉插管置入，鉴于小儿处于生长发育时期，需熟悉不同年龄小儿股动脉的内径，才能选择适合型号的造影管。本文由于所测尸体没有详细的年龄记载，故以身高为基准比较不同身高小儿的股动脉内径，现报道如下。

一、材料与方法

100具经福尔马林固定身高在51～131cm的小儿尸体(男性59，女性41)，显露股动脉近侧段于腹股沟韧带下方0.5cm处横断，用特制的圆锥形玻璃棒插入管腔，以动脉内壁完全接触为度，随后用精密度0.1mm的卡尺测量玻璃棒的直径，即为股动脉内径。

二、结果

在100例股动脉内径实测中，不同身高组左、右侧股动脉内径基本一致，在27例左、右侧内径不一的股动脉中其平均相差值在0.083～0.091mm之间，故以一侧(左侧)为代表，分析不同身高组股动脉内径，见附表。

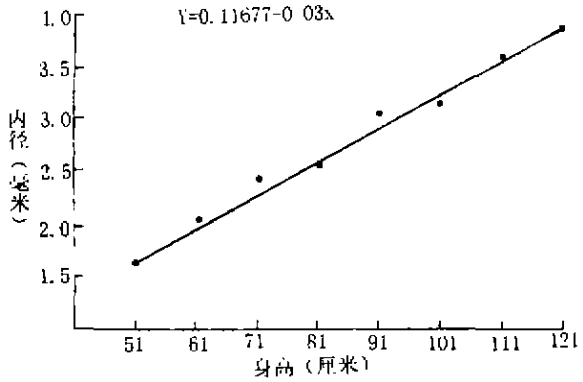
附表 按身高分组小儿的左侧股动脉内径(mm)

身高(cm)	51～	61～	71～	81～	91～	101～	111	121～	合计
例 数	5	15	23	15	14	13	9	9	100
平均值	1.790	2.123	2.435	2.627	3.101	3.235	3.539	3.867	-
标准差	0.188	0.359	0.260	0.335	0.266	0.437	0.193	0.324	-
标准误	0.084	0.039	0.054	0.087	0.071	0.138	0.063	0.108	-
范 围	1.6～2.1	1.4～2.5	1.6～2.8	1.6～2.85	2.6～3.7	2.4～3.85	3.15～3.8	3.5～4.5	-

三、讨论

1. 根据上表各组股动脉内径有随着身高而递增的趋势，求得回归方程：Y=0.11677+0.03x。现将回归直线和观察点描述如附图，从图中示身高与股动脉内径呈直线相关，而且关系非常密切。从求得回归方程看，平均身高增长1cm动脉内径增长0.03mm。

2. 从表中可见，各组身高范围出现重迭现象，这说明身高相近的小儿，因发育健康状况不同，股动脉内径大小可有明显差异。



附图 身高与股动脉内径的关系

(收稿:2000-11-17)

* 作者单位:712000 陕西省咸阳市卫生学校解剖教研室
** 第四军医大学唐都医院实验外科