维普资讯 http://www.cqvip.com

此法。小骨窗开颅血肿包括后颅凹开颅幕下小脑半球血肿清除术，本组41例采用小骨窗开颅，包括15例后颅开颅幕下小脑半球血肿清除术，均在30分钟内获得手术减压。具体做法是：根据血肿部位在颞部开颅或后颅凹开颅，脑组织切开置自动牵开器牵开至血肿，吸除部分血肿减压后，在显微镜下由浅至深缓慢予以吸除，随血肿减少、脑组织塌陷和回缩，血肿可逐渐涌至视野下。血肿量清除应在80%以下，否则易现术后再出血及术中严重渗血而难以止血。血肿清除过程中尽量减少对脑组织的牵拉、对血肿周围脑组织不可误吸。血肿腔内冲洗至生理盐水澄清方可关颅。本组术后ADL分级：Ⅰ级98例，Ⅱ级11例，Ⅲ级15例，Ⅳ级12例，Ⅴ级5例。

4.围手术期处理：(1)控制血压，防止再出血，是直接影响手术效果的主要原因：本组术后1周内复查CT 65例，其中25例有再出血(或残留)，同时发现这部分病人术中、术后血压均有大幅度升高，因此除术中严重出血外，术后血压必须稳定在平日水平。(2)预防肺部感染：由于病人昏迷，肺部感染是常见并发症，及早气管切开并选用敏感抗生素是预防肺部感染的重要措施；同时加强基础护理，辅以雾化吸入等。(3)预防消化道出血：高血压脑出血手术早期并发消化道出血的发生率70%以上。本组为61%。其预防措施包括：降低颅内压；鼻饲给予中和胃酸药物；应用保护胃粘膜的药物如：甲氰咪胍、氢氧化铝凝胶等。(4)其它：注意病人营养(支持疗法)；保护心脏；预防和治疗糖尿病；加强基础护理预防褥疮等。

参考文献

1. 王忠诚，吴中学，赵海高，等. 高血压脑出血预后的影响因素分析. 中华神经外科杂志，1990，6：72－76.
2. Nehls DG. Experimental intracerebral hemorrhage-progression of hemodynamic change after production of a spontaneous mass lesion. Neurosurgery，1988，23：439－444.
3. 金谷满子，斋藤英雄. 高血压脑出血的手术治疗及其疗效. 脑の神经，1984，36：847－857.
4. Schaller C，Kohde V，Meger B，et al. Stereotactic puncture and lysis of spontaneous intracerebral hemorrhage using recombinant tissue plasminogen activator. Neurosurgery，1995，36(2)：328－334.
5. Broderck JP，Brott G，Tomsick T，et al. Ultra－early evacuation of intracerebral hemorrhage. J Neurosurg，1990，26：195－199.
6. Nath FP. Early hemodynamic changes in experimental intracerebral hemorrhage. J Neurosurg，1986，65：679－703.
7. 徐惠琴，等. 淀粉样脑血管病出血的临床病理. 中华神经精神科杂志，1990；23(6)：345.

(收稿：1998－07－20)

226-227 上腹部正中切口 胆道手术 胆囊疾病 13

上腹部正中切口作胆道手术的临床体会

国维克*

R657.4

我院自1995年1月～1998年4月间以上腹部正中切口进行胆道手术86例，均取得良好的效果。现探讨其临床实用价值。

一、资料与方法

临床资料：本组共86例，其中男性35例，女性51例。年龄10岁～84岁，平均为50.71岁。选择病例主要为胆囊炎，胆囊结石，胆囊息肉，胆总管结石。手术前均经多次B超或CT检查证实。本组中行单纯胆囊切除术56例，胆囊切除加胆总管探查术27例，胆囊切除加胃空肠吻合术，胆囊空肠吻合，空肠侧侧合术和胆囊切除加回肠憩室切除术各1例。其中急诊手术23例。69例采取持续硬膜外麻醉，18例采取全身麻醉。其单纯胆囊切除术手术平均时间为75.1分钟。同期随机选择一组60例采用右上腹部其他直切口或横切口作单纯胆囊切除术，其平均手术时间为87.08分钟。术后随访：本组患者术后均鼓励早期起床活动。有24例术后肌注杜冷丁50mg止痛，其余患者均未用任何止痛剂。术后无切口感染和腹腔内感染等并发症发生。本组患者均在术后两周内康复出院。

方法：患者均取平卧位，切口起自剑突至脐上1.0

* 作者单位：244000 安徽省铜陵有色职工总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

一2.0cm，在前腹壁中央纵行切开皮肤、皮下组织、切开腹白线后，在腹膜外将肝园韧带向左稍做分离，在肝园韧带的右侧切开腹膜，进入腹腔，关腹时，腹膜，腹白线均分别采用间断缝合。

二、结果和讨论

胆道手术的切口选择有多种。通常均采用右上腹部经腹直肌切口，腹直肌旁切口或右上腹旁正中切口，也有采用横切口或斜切口，此类切口常易损伤数支前腹壁神经及血管，甚至要切断各肌层，其创伤必然较大，失血量也较多，则易导致切口感染。另外缝合切口时费时，术后切口处常感不适等缺点，故我们体会只要术前诊断明确，患者不是太肥胖者均可选择上腹部正中切口来切除胆囊和进行其他胆道手术。

上腹部正中切口进行胆道手术具有以下优点：1. 不损伤血管、神经、肌肉，由于切口在两侧腹部肌群之间进行，故组织损伤少、可避免张力，从而达到良好愈合。2. 手术野暴露宽阔，只要患者选择适当，助手操作熟练，对于胆囊及三角区即可清楚暴露，同时作胆总管探查手术也有良好的暴露。另外术中探查肝脏，胰腺、脾脏，胃肠和盆腔均较满意。我们体会若胆囊周围有较多粘连或位置深，暴露有困难时，在右肝后方垫一厚棉垫，使肝脏抬高，即可获得良好的暴露，完全可以满足手术的顺利进行。另外也可同时做胃部或脾脏等手术，本组有1例术中发现胆总管下端癌，故行胆囊与空肠吻合手术，另1例术中发现回肠憩室，予以切除。其切口均未延长。3. 切口可顺意延长，如因手术需要而延长切口时，向上可切除剑突或劈开胸骨，向下可绕过脐，其延长不受解剖生理限制。4. 进腹，关腹均较简便，此切口操作简便易行，短时间内即可进入腹腔，对于急性重症胆管炎的患者，选择该切口，可快速进入腹腔，尽快解除胆总管的急性梗阻，迅速控制病情的发展，从而达到降低病死率的目的。本组有10例急性重症胆管炎急诊手术，采用此切口迅速进入腹腔很快控制了病情。5. 并发症少，由于此切口出血少，对组织损伤小，故是保证切口愈合的重要前题。本组无1例发生切口感染，切口裂开和切口疝等并发症。

总之，采用上腹部正中切口作胆道手术不失为一种简便易行，效果良好的方法，但要力求术前明确诊断，以单纯胆囊切除术为最佳选择；同时要重视病员的体型，如腹部脂肪过于肥厚者或胸廓较窄者，估计病情又较复杂者，则要谨慎选择此切口。若助手对胆道手术不熟练者亦非适宜。

（收稿：1998—06—12）

227-228 腹股沟疝 内环口 经腹修术 14

经腹修补内环口治疗初发腹股沟疝

周家军* 袁松亮*

R656.210.5

作者自1988年8月～1995年12月在临床遇到以肠梗阻腹膜炎入院的病人，这些病人有的过去有疝修补史，而腹股沟区无包块。经剖腹探查发现为腹股沟管内疝、肠管嵌入所致。给予疝内容复位后行内环口修补。术后随访1～5年，治疗效果满意。现报告如下。

一、资料与方法

1. 临床资料：本组32例，男29例，女3例；最大年龄64岁，最小12岁，平均34岁。本组病例全部以肠梗阻入院，完全性肠梗阻17例，不全性肠梗阻15例，其中肠坏死7例，有腹膜炎者12例，有斜疝修补史者6例。全部病例均行剖腹探查术、内环口修补法，1例术后2年后复发斜疝，1例术后3年后复发斜疝。

2. 修补方法

将嵌入的肠管部分予以复位，坏死的肠管切除，有腹膜炎者行腹腔冲洗加入适量的抗生素，放腹腔引流管、把精索向外下方推不要剥离疝囊，用7号丝线缝合结扎疝囊颈部，用间断缝合或"8"字缝合，缝合深度连同腹横筋膜。注意不要挤压精索和损伤腹壁下动静脉。

二、结果和讨论

1. 内环口修补方法有其病理学基础，腹股沟斜疝内环口为腹横筋膜的卵圆形裂隙，壁层腹膜和腹横肌筋膜为斜疝的第一道防线，缝合后消除了疝囊，缩小了内环口，对初发疝来说达到了治愈的目的。另外，从本组的临床资料分析可以看出病人多为青壮年人，平均年龄为34岁。且病史中有一个突然增加腹压的时间。我们都知道腹股沟疝好发于小儿及老年人。因为小儿

* 作者单位：222100 江苏省赣榆县人民医院外科