维普资讯 http://www.cqvip.com

神经(intermediate dorsal cutaneous nerve of foot)经十字韧带浅面至足背外侧部分为2支,内侧支分布于第3、4趾相对缘;外侧支分布于第4、5趾相对缘,并与足背外侧皮神经间有交通支。足背外侧皮神经来源于腓肠神经,经外踝后方至足部,分布于第4、5跖骨之间和足外侧缘皮肤[3]。因此,在足背静脉弓与踝间线之间的区域主要分布为足背中间皮神经和足背内侧皮神经、足背外侧皮神经。隐神经足背段分布于足内侧缘皮肤。腓深神经足背部在足母长伸肌腱与足母短伸肌之间下行,其内侧支主要分布于第1、2趾相对面的背侧皮肤。

2.3 足背浅静脉与皮神经的关系

解剖观察表明:足背皮神经位于足背静脉网、大小隐静脉足背段的深层与趾长伸肌腱、趾短伸肌之间。每一支跖背静脉的两侧都有与其平行的皮神经伴行。在外踝前区、十字韧带前方、足背静脉弓后方,趾长伸肌腱的小趾肌腱外侧、第4跖骨内侧的区域,皮神经分布较少,本文称它"乏神经区"。此区有一条静脉干(外踝前静脉)从足背静脉弓外侧端由远侧至近侧连接小隐静脉,全长约8.26 cm,走向直,管径0.1 cm。在足内侧缘、踝间线中点到第1、2跖骨之间的区域,大隐静脉足背段与足背内侧皮神经、隐神经相互交织;在足外侧缘及第4、5跖骨之间的区域,小隐静脉及其属支与足背外侧皮神经交织伴行。

3 讨论

3.1 静脉穿刺部位的选择

在外踝静脉网、十字韧带前方出现的静脉干,本文称它为外踝前静脉,30侧标本中总共出现28侧,出现率93.33%。静脉干长约8.26 cm,外径0.1 cm,走向较直,弹性好,管腔较粗,位置表浅,且又恒定,血液易充盈。因此,把它确定为穿刺静脉。一则避免了在操纵过程中,引起病人的疼痛和皮下淤血,提高穿刺成功率;二则避免了针头刺入太深而引起的疼感和损伤。在实践中应尽量避开神经血管的交叉部位,或尽量避开血管的神经侧,选择皮神经分布较少的"乏神经区",有利于减少病人的痛苦和取得病人良好的配合。

3.2 非乏神经区静脉穿刺的注意要点

对于长期需要穿刺的病人,不可能只选用"乏神经区"内的静脉,足背的所有静脉都会被选用。从足背静脉与皮神经分布的解剖学特点来看,本文赞成从血管的中点进行穿刺[1],尽管这与传统的方法有所不同,但是因足背皮神经位置较深,即使与静脉交叉时也是从血管深面穿过,所以在实际操作中只要掌握好角度与力度,就不容易损伤皮神经。

[参考文献]

[1] 余爱珍. 基础护理学[M]. 南京: 江苏科学出版社, 1994. 146.
[2] 岳少英, 张巧德, 张伯稳. 国人足背血管的观测[J]. 解剖学杂志, 1986, 9(1): 77.
[3] 徐恩多. 局部解剖学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 246-247.

(编辑: 雷 艳)

·个案与短篇·

溶栓治疗大面积脑梗塞患者诱发癫痫持续状态发作2例

盘 隽, 喻启玲, 柳丹陵
(第三军医大学附属西南医院门诊部, 重庆 400038)

[关键词] 脑梗塞; 癫痫; 溶栓治疗
[中图分类号] R743.33; [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0387-01

溶栓疗法是脑梗塞治疗中的常规疗法,但对于大面积脑梗塞患者其使用的疗效及安全颇有争议。在临床上大面积脑梗塞患者停止使用溶栓治疗后,患者意识障碍及偏瘫程度加重,但治疗中癫痫持续发作的现象却很少发生。我院2004年收治大面积脑梗塞患者诱发癫痫持续状态发作2例,采用溶栓治疗取得了满意效果,现报告如下。

1 临床资料

病案1: 李某,男,65岁,午睡后家人发现患者意识模糊,左侧肢体活动障碍,2 h后送到医院。查体见病人浅昏迷,左侧肢体肌力Ⅲ级,左侧中枢性面瘫,,左侧疼刺激减弱。头颅MRI显示右侧基底节区大面积梗死,梗塞灶3 cm×2 cm。东菱克栓酶和甘露醇静脉输入溶栓治疗。3 h后患者突发四肢强直、痉挛、昏迷等癫痫持续状态。立即给予安定静滴、气管插管、正压给氧、冰帽头部降温等治疗,约40 min后癫痫持续状态发作停止,停用溶栓疗法。再经常规治疗后半月出院,出院时意识清楚,左侧肌力仍为Ⅲ级。

病案2:蔡某,女,55岁,夜间起床解便时跌倒。4 h后就诊。查体见嗜睡,左侧中枢性面舌瘫,左侧上肢肌力Ⅳ级,左侧下肢肌力Ⅲ级,双眼多向右侧凝视。头颅CT提示右基底节区梗塞,梗塞灶2.5 cm×2.5 cm。东菱克栓酶静滴溶栓治疗,约半小时出现意识障碍,四肢强直痉挛,立即停止溶栓治疗,并给予安定静推、气管插管、正压给氧、静滴ATP等细胞营养剂,1 h后发作

(下转389页)

[收稿日期] 2004-09-01 [修回日期] 2004-10-10

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 腹腔镜手术与开腹手术比较表($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	肛门排气时间(d)	停留尿管时间(h)	术后住院时间(h)
腔镜组	60	128.6±20.7*	92.4±11.8	1.2±0.6△	6.1±3.5△	4.8±3.25△
剖腹组	60	104.3±15.7	88.2±18.8	2.5±0.7	24±3.5	7.4±3.18

注:与剖腹组比较,* $P<0.01$;△ $P<0.05$

2.2 手术并发症

腹腔镜组术中尿潴留3例,继发感染1例,术后并发症率7.7%。剖腹手术组术后尿潴留5例,伤口感染4例,术后并发症率15%。腹腔镜术后并发症率较剖腹手术少见($P<0.05$)。

2.3 术后病理检查结果

术后病理学检查均证实为子宫肌瘤。

3 讨论

近年来随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜开始用于子宫肌瘤切除术。腹腔镜下子宫肌瘤切除术的术中出血及手术时间主要与子宫肌瘤的位置及大小有关。与肌壁间子宫肌瘤相比,浆膜下子宫肌瘤位置较表浅,故手术时间短,术中出血少。与开腹相比,腹腔镜下浆膜下子宫肌瘤切除后,瘤腔一般较表浅,双极电凝止血效果好,故出血少,且手术时间也相应缩短。肌壁间近粘膜肌瘤因切口深、止血困难、多层缝合不易,而且可能造成伤口血肿,影响愈合,故为腹腔镜手术的相对禁忌证。对于肌壁间近粘膜的肌瘤,开腹手术则优于腹腔镜手术,既解决了缝合困难的问题,又减少了术中出血,缩短了手术时间[3-4]。如肌瘤直径≥6 cm或肌瘤≥3个,则切口相对较大或较多,电凝止血困难,需要多层缝合,对于这种患者,开腹手术可避免因切口大造成的出血多和手术时间长的问题。肌瘤直径≥6 cm或肌瘤数目≥3个为腹腔镜手术的相对禁忌证[5]。与开腹手术比较,腹腔镜手术具有切口小、损伤少、术后痛苦小、恢复快和术后感染机会少的优点。患者术后6 h即可下床活动,只需3 d左右即可出院,大大缩短了住院时间。由于腹腔镜建立气腹,呈头低臀高位,对肠道的干扰少,故术后即可给予半流质。由于气腹和患者体位的改变,腹腔镜手术对患者呼吸和循环的影响较开腹手术更明显,对麻醉要求更高,持续硬膜外阻滞麻醉显效慢,术中患者常有恶心、呕吐、反流等不适反应;而全麻的优点是显效快,术中患者的呼吸和循环的维持更易被控制。总之,只要术者有熟练的技术,腹腔镜手术是安全而有效的。目前,腹腔镜手术还有着开腹手术没有的并发症如气腹、穿刺引起的问题,如何预防手术并发症的发生是提高手术质量和手术成功的关键[6-7]。

[参考文献]

[1] 罗宇芳,廖伟春,李舒刚,等. 腹腔镜治疗异位妊娠62例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2004,13(4):246-247.
[2] 程忠平,帅桂珍,胡丽萍,等. 腹腔镜筋膜内子宫切除术和剖腹子宫次全切除术临床对照研究[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(2):111-113.
[3] Skret A, Obrzut B, Kluz T, et al. Laparoscopic-vaginal radical hysterectomy in surgical treatment of cervical cancer[J]. Ginekol Pol, 2003,74(5): 377-383.
[4] Renaud MC, Plante M, Roy M. Combined laparoscopic and vaginal adical surgery in cervical cancer[J]. Gynecol Oncol, 2000, 79(1):59-63.
[5] Rodriguez M, Guimares O, Rose PG. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 2001,185(2): 370-374.
[6] Malzoni M, Spina V, Perniola G, et al. Laparoscopic surgery in treatment of stage IIb cervical cancer after neoadjuvant chemotherapy. A case report and review of the literature[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2003,24(5): 393-397.
[7] Pomel C, Atallah D, Le Bouedec G, et al. Laparoscopic radical hysterectomy for invasive cervical cancer: 8-year experience of a pilot study[J]. Gynecol Oncol, 2003, 91(3): 534-539.

(编辑:蒋登金)

(上接387页)

停止,此后改用常规保守治疗。12 d后患者出院,出院时意识清楚,左侧肌力为Ⅳ级。

2 讨论

静脉滴注溶栓剂是脑梗塞患者常规治疗方法,特别是在治疗时间窗内使用溶栓疗法更为大家公认,但对于大面积梗塞(梗塞灶 >3 cm^2)患者的疗效各家报道不一,其争论焦点在于梗塞血管再通后即可挽救正常脑细胞,又可使受损的脑细胞出现再灌流损害。对于小梗塞灶微循环的侧支开放及组织液中氧弥散的作用均可使梗塞灶内的细胞获得部分的氧供应,所以再灌流损害并不明显。而大梗塞灶内多由主干动脉或两支以上的小动脉栓塞所致,其中央梗塞区常发生脑缺血,侧支循环对它的供氧也无法进行,再灌流可加重这些细胞的损害程度,临床上常出现意识障碍加重、偏瘫、感觉障碍等局部症状加重,但出现癫痫这类细胞刺激性损害的现象并不多见。我们推测再灌流后局部过氧化物的增多及有害氨基酸的生成,及钙离子的刺激使成活细胞异常放电是癫痫发作的原因之一;基底节区众多上行纤维癫痫样放电投射到大脑皮层时是癫痫发作的原因之二。癫痫发作时呼吸暂停,肌肉耗氧增加,体温升高等因素均可加重脑细胞的损害。而呼吸暂停造成的损害最为严重,所以除了解痉、细胞营养剂等常规药物治疗外,气管插管、正压给氧、对癫痫持续状态的治疗尤为关键。

(编辑:左艳芳)