维普资讯 http://www.cqvip.com

3.服药后表现:服药后均有阴道流血,量较少,一般少于月经量,均有阵发性下腹疼痛。8例出现下腹剧痛,伴恶心、呕吐及肛门坠胀等休克表现。7例为下腹隐痛。化验HCG均为阳性,B超检查提示附件区有包块。

二、结果

15例均行手术治疗,术时腹腔内出血量为300~2 500 ml,一侧输卵管峡部妊娠破裂4例,一侧输卵管壶腹部妊娠破裂5例,流产型3例,卵巢妊娠1例,陈旧性宫外孕2例。所有病例术后均有病理检查证实,拆线后痊愈出院。

三、讨论

1.抗早孕药物终止早孕机理:米非司酮是人工合成的甾体化合物,是作用于受体水平的抗孕酮药物。它本身无孕激素、雌激素、雄激素和抗雌激素的活性。通过与孕酮受体的结合而起到阻断孕酮的作用。它主要作用于子宫内膜受体引起子宫蜕膜变性和绒毛变性出血。配用米索前列醇可促使子宫平滑肌收缩,终止早孕疗效确切[1]。

2.抗早孕药物对异位妊娠的影响:输卵管妊娠时,由于不能形成完整的蜕膜反应,对米非司酮敏感。米索前列醇是前列腺素E1衍生物,它对平滑肌有收缩作用,输卵管妊娠时,它对输卵管平滑肌的收缩作用可使管腔压力改变而诱发输卵管妊娠流产或破裂。

3.经验教训:本组中有9例仅凭自我测定尿HCG阳性即认为宫内孕而自行购药服药,另6例虽到个体诊所就诊,从业医师亦凭HCG阳性或妇科检查而确定宫内孕让患者服药而无观察随访造成严重后果。因此各地应加强流产药物的管理,提高从业医师水平,加强生殖健康教育,让广大妇女了解药物流产的副作用及其危害。

4.预防:(1)严格掌握药物流产的适应证,常规做B超检查,明确宫内妊娠。并向孕妇说明药物流产优缺点、注意事项、流产过程等[2]。(2)严格遵守药物流产的规范性用药方法。用药后注意观察和按时监护和随访,而不能将前列腺素类药物给孕妇带回家使用[2]。

参 考 文 献

1.戈海棠,乔攀峰.药物流产致输卵管妊娠破裂30例分析.实用妇产科杂志,2002,18(1):61.

2.韩向阳,孙敬霞,韩燕燕.药物流产并发症的种类处理和预防.中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):592.

(收稿日期:2003-01-21)

重型特重型颅脑损伤57例临床分析

安贵群* 许树元* 王稚钧*

重型、特重型颅脑损伤患者致残率及死亡率高,预后差。为提高治愈率,改善生存质量,自2000年1月至2002年12月,我科对57例患者采取综合治疗的措施,收到理想的治疗效果,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:男38例,女19例。年龄14~75岁,平均49岁。车祸27例,砸伤和打击伤9例,跌伤13例,坠落伤8例。入院时GCS评分:3~5分15例,6~8分42例。单侧瞳孔散大16例,双侧瞳孔散大9例。复合伤3例,2例合并脾破裂,1例合并血气胸。

2.影像学资料:本组57例均行头颅CT扫描,其中12例同时行MRI扫描。脑挫裂伤43例,单纯硬膜外血肿6例,硬膜下血肿21例,脑内血肿12例,颅内多发血肿7例,迟发性血肿3例,弥漫性轴索损伤8例。

3.治疗:手术治疗45例,血肿清除术8例,血肿清除+去骨瓣减压术19例,血肿清除+去骨瓣减压+天幕裂孔切开术18例。非手术治疗12例。

4.并发症:大脑后动脉闭塞致枕叶梗塞6例,应激性胃肠溃疡出血12例,肺部感染3例,肾功能衰竭1例。

二、结果

本组57例患者死亡8例,存活49例。对存活的49例患者随访6~20个月,恢复良好28例,中残13例,重残6例,植物生存2例。

三、讨论

1.早期诊断:患者送到医院后要及时行头颅CT检查。重点是迅速查明伤情,特别是查出危及生命的颅内血肿,颅内外大出血,严重的合并伤与低血压、休克、呼吸障碍的原因。早期治疗的重点是在伤后迅速进行呼吸复苏与循环复苏。在呼吸、循环得到支持保证的情况下,对具有紧急手术指征的病例,早期手术处理。清除颅内血肿,制止出血,解除脑受压与脑疝。如果脑疝早期手术,预后较好,延误手术,处理过晚,如病人双侧瞳孔散大超过1 h,呼吸已呈衰竭,手术结果多数很差[1]。严重的合并伤如张力性气胸、血胸、肝、脾、肾破裂者,必须立即处理。本组3例复合伤病人,经积极处理均恢复良好。颅脑损伤后早期低血压是死亡率增高的因素,不能忽略。所以从现场、院前急救到专科治疗都要抓紧。

2.正确确定手术指征和手术方法:手术治疗是颅脑损伤处理中的重要措施,对每一例颅脑损伤病人都要首先分析有无紧

* 作者单位:200431 上海市仁和医院神经外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

急手术指征，避免延误救治。要全面分析伤情及全身情况，如是否合适手术，采用何种术式，能否耐受手术等，都要周密考虑。颅脑损伤的紧急手术指征为(1)颅内血肿引起脑受压，已出现脑疝，CT显示中线移位达5～10 mm或超过10 mm。(2)广泛性脑挫裂伤或对冲性额、颞、顶叶挫裂伤，合并血肿引起脑受压、脑疝。(3)硬脑膜静脉窦破裂，发生大出血。开放性颅脑伤引起大量外出血。(4)穿透性脑损伤，颅内出血，脑室伤大量脑脊液外漏。采用何种术式，应依据具体情况而定。如：(1)单纯性硬膜外血肿，无脑疝发生，可只行血肿清除术。(2)合并脑疝或CT示环池消失或中脑受压变形者，应在清除血肿的同时，行去骨瓣减压术[2]。(3)单侧瞳孔散大在2 h以上，或双瞳散大时间<2 h者，CT示环池消失或环池有积血或者有明确脑干受压者，应在清除血肿、去骨瓣减压的同时，行天幕裂孔切开术。如术中观察到瞳孔已缩小，则无需作此手术。本组18例行天幕裂孔切开术，存活15例，死亡3例，取得了较好疗效。

3.术中注意的问题：(1)急性脑膨出的问题：重型特重型颅脑伤中，术中发生急性脑膨出是较为常见和棘手的问题[3]。术中在清除血肿时或清除血肿后脑皮质逐渐膨出，作者的做法是迅速止血包扎伤口，送CT室复查头颅CT，如果明确有迟发性颅内血肿，立即回手术室手术清除血肿和挫伤严重的脑组织，加行天幕裂孔切开。对于那些切开硬脑膜后脑组织迅速膨起的恶性脑膨出者则无法作天幕裂孔切开。本组中有3例恶性脑膨出者，术后均因脑干功能衰竭死亡。(2)天幕裂孔切开术的注意事项：强调在幕上减压的基础上直视行天幕裂孔切开。如果没有在幕上减压的基础上直接切开天幕裂孔势必使幕上的压力进一步下传直接造成枕骨大孔疝。在直视下手术，可避免天幕缘出血和滑车神经损伤。对于颞叶、颞顶枕部的血肿，要用"U"形切口。对于颞叶或额、颞部血肿、挫伤采用Kelly的问号切口[4]。暴露天幕缘应轻柔，切不可急于求成。显露好天幕裂孔后，用微型直角钩，挑起天幕缘，切开2～3 cm。注意避开和尽可能地保护好Labbe静脉[5]。

4.术后并发症的处理：正确处理并发症也是治疗成功的关键所在，主要并发症有肺内感染、大脑后动脉闭塞、应激性胃肠溃疡出血、血糖升高等。对昏迷病人估计短期内不可能醒来者，应及早作气管切开，这样，既可保持呼吸道通畅，又易于吸出气管内分泌物，以减少肺部感染的发生。术后及早应用尼莫通，抗血管痉挛，预防栓塞。常规使用西米替丁(或法莫替丁)，一旦出现上消化道出血，首选洛赛克治疗。颅脑损伤患者血糖普遍升高，伤情越重，血糖升高越明显。因此，伤后早期要连续监测血糖，常规使用胰岛素，可改善症状[6]。

通过对本组57例病人的临床工作总结，本文认为：对重型、特重型颅脑损伤应早期诊断，早期治疗，及时手术，采用合理术式，重视对各类并发症的处理就可降低死亡率，减少病残率，提高治愈率。

参 考 文 献

1.胡开树，蔡学见，陈铮立，等.22例双瞳散大患者手术治疗经验.中华神经外科杂志，1995，12：124－125.
2.赵永春，毕东祥，赵雅度.硬膜外血肿术后发生脑水肿的可能性探讨：附73例临床分析.中华神经外科杂志，1996，12(5)：292－294.
3.董吉荣，江基尧，朱诚，等.重型颅脑伤术中急性脑膨出原因及防治.中华神经外科杂志，1999，1：4－6.
4.Youmans TR. Neurological Surgery. 2nd ed, Philadephia: Saunders, 1982. 1877－2187.
5.王玉海，蔡学见，卢亦成.Labbe静脉的显微解剖及其临床意义.国外医学脑血管病分册.2001，9：39－41.
6.John A, Pietropaoli MD, Frederick B. The deleterious effects of intraoperative hypotension on outcome in patients with severe head injuries. J Trauma, 1992, 33：403－409.

(收稿日期：2003－01－12)

宫颈糜烂的诊治体会

周佳任* 祝美洲* 英 艳*

宫颈糜烂临床较常见，是慢性宫颈炎的一种病理改变。如不及时诊治可导致癌变[1]，必须引起重视。从2001年1月至12月我科对109例中73例中度以上的宫颈糜烂患者采用传统电熨术和药物结合治疗，获得了满意的疗效。现结合文献复习，将诊治体会进行报告。

一、资料与方法

1.临床资料：本组109例患者年龄17～51岁。根据宫颈糜烂的分类(轻度：糜烂面占整个宫颈面积的1/3以下；中度：糜烂面占整个宫颈面积的1/3～2/3；重度：糜烂面占整个宫颈面积的2/3以上)[2]，本组属中度和重度者73例。73例中经阴道分娩者50例，剖宫产分娩者14例，未生育者9例，另有3例为绝经期患者。

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科