维普资讯 http://www.cqvip.com

症状体征不明显，虽已进行腹部B超及CT检查，但医护人员都缺乏对胆总管损伤的认识，故在伤后12 h才进行手术，结果因胆总管损伤时间较长，破裂处已变黑坏死，周围水肿，大量胆汁外溢，此刻作修补或胆肠吻合术都很棘手，最后病人死于多脏器衰竭。因此，应提高对胆总管损伤的认识，尤其对于腹外伤者如B超和CT发现胆总管周围有血块或积液时应想到有胆总管损伤的可能，应积极手术探查，要求全麻下仔细检查，认真冲洗，选择合理术式及放置好引流管，术后加强监护治疗，辅以广谱有效的抗菌素抗炎，加强营养支持，这样能减少并发症，降低病死率，提高胆总管损伤的治愈率。

[参考文献]

[1] 郑士友. 胰腺损伤诊治体会[C]. 第八届全国外伤学术会议论文汇编. 海口:2001.116.
[2] 王海学. 110例腹部闭合性损伤诊治体会[C]. 第八届全国外伤学术会议论文汇编. 海口:2001.116.

(编辑:兰阳军)

手术治疗107例高血压脑溢血的体会

Experience in operative therapy of hypertensive cerebral hemorrhage in 107 cases

郑念东[1]，朱晓丹[2]，熊献尧[1]，李 庆[1]，王 山[2]
(1.乐山市人民医院神经外科，四川 乐山 614000；2.犍为县中医院外科，四川 犍为 614400)

[关键词] 高血压；脑溢血；手术
[中图分类号]R544.1；R743.34 [文献标识码] B [文章编号]1672－5042(2003)05－0357－02

脑溢血是指原发于脑实质内和脑室内的出血，又称脑出血或出血性脑卒中。脑溢血的病因半数以上是高血压病所致，其他病因包括颅内动脉瘤、动静脉畸形、动脉炎和维生素C缺乏症等。我科1993年12月至2003年6月对107例高血压脑溢血患者施行了手术治疗，取得了较好的疗效。现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 本组107例患者中男性74例，女性33例。年龄37～83岁，平均61岁。高血压病史1～28年，平均7年。

1.1.2 临床表现 清醒12例，嗜睡或意识朦胧43例，昏迷52例，偏瘫87例，去大脑强直10例，失语21例，单侧瞳孔散大21例。Glasgow(GCS)评分≥9分76例，评分＜9分31例。

1.1.3 血肿部位 基底节区外侧型出血39例，基底节区内侧型出血28例，脑室内出血24例，额叶出血8例，枕叶出血4例，小脑半球出血3例，硬膜下出血1例。左侧61例，右侧46例。出血量15～90 ml不等。

1.2 手术方法

1.2.1 手术方式 ①微创血肿清除碎吸术[1] 15例：本方法使用YL－1型一次性使用的颅内血肿粉碎穿刺针，粉碎吸出血块，术后24 h内开始注射20 000 U的尿激酶[2]，保留2 h后放开引流，每日一次，根据CT复查结果，引流3～7 d不等。②小骨窗血肿清除术65例：均为额、枕叶或基底节区血肿。③单纯脑室外引流术17例：术后定时注射尿激酶(方法同上述)。④枕下开颅血肿清除减压术3例：后凹开颅血肿清除后硬膜不予缝合。⑤联合手术7例：脑室内血肿清除加对侧脑室外引流；该类患者为脑室内血液铸型形成，梗阻性脑积水，清除同侧侧脑室内血肿，对侧安置脑室外引流。

1.2.2 手术时机 本组患者发病后手术时间在3 h至3 d不等。其中超早期手术[3-4](发病后7 h以内)19例，脑疝形成后手术43例。

2 结果

本组患者术后均在3～7 d复查CT，以后根据病情需要连续进行CT检查。7 d内血肿大部分清除吸收75例，继发脑梗塞11例，因再次出血二次手术8例。依据ADL[5]预后评判：①优良18例(完全恢复工作)；②劳动能力稍差26例(生活自理)；③劳动能力部分丧失25例(生活半自理)；④劳动能力完全丧失14例(卧床不起，保持意识)；⑤死亡24例无植物生存状态患者，病死率22%。

3 讨论

随着社会的进步、人民生活水平的提高和医疗条件的改善，人均寿命大幅度提高，老年人比例上升，高血压脑溢血的发生率逐步增加。因脑溢血发病急骤、进展迅猛、致残率、死亡率高，治疗过程中耗费人力、物力多，国内相关资料表明非手术保守治疗死亡率在40%～70%[6]，成为神经科医生迫切需要研究的课题。

3.1 术前病情分类

1981年中华医学会脑血管专题学术会议提出高血压性脑溢血的病情分为五级：Ⅰ级：清醒或嗜睡，不同程度偏瘫及/失语；Ⅱ级：嗜睡或朦胧，不同程度偏瘫及/失语；Ⅲ级：浅昏迷，偏瘫、瞳孔等大；Ⅳ级：昏迷，偏瘫、双瞳等大或不等大；Ⅴ级：深昏迷，去大脑强直或四肢软瘫，单或双侧瞳孔散大。107例患者术前分级与预后关系见表1。

[收稿日期]2003－10－22 [修回日期] 2003－11－27

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 107例脑溢血术前分级与预后的关系

术前分级	例数	预后(ADL)				
		优良	生活自理	生活半自理	卧床不起	死亡
I	12	11	1			
II	43	5	21	17		
III	23	2	3	8	6	4
IV	17		1		7	9
M	12		18	26	25	1
合计	107				14	24

3.2 治疗方法

3.2.1 手术适应证、手术时机和方法选择 高血压脑溢血手术治疗的适应证主要依据术前病情分级、出血部位、出血量、发病时间和年龄加以选择。一般情况下手术主要对象为:年龄65岁以下;CT检查提示幕上血肿导致中线移位大于5 mm或幕下血肿10 ml以上;术前分级为II～IV级:位于皮层、基底节区、小脑等部位以及脑室内血液铸型形成导致梗阻性脑积水者,并且无重要器官功能损害。对V级患者,大量文献报道并无优越性,被列为"相对禁忌症"。本组病例中12例V级病人,应家属强烈要求下进行了手术,但病人预后极差。

脑内血肿常在发病后20～30 min形成,并且出血自行停止,6～7 h后由于血肿占位以及血细胞分解产物对周围脑组织的压迫和损害,使血肿周围脑组织由近及远发生坏死、出血、变性和水肿等一系列病理生理变化,造成脑组织进一步继发性不可逆损害。因此大多数学者主张7 h内超早期手术,发病时间越长预后越差。

脑溢血患者的手术方式要根据术前CT所见出血部位和出血量来决定。术前无脑疝形成,血肿位于外囊区(外侧型),可行微创血肿清除碎吸术;脑室内出血继发梗阻性脑积水者,应行脑室外引流,如果侧脑室血肿大、铸型形成需行脑室内血肿清除;对于病情较重患者宜行小骨窗血肿清除术。

3.2.2 手术宜小不宜大,宜简不宜繁,特别强调脑保护 术中宜在深部光源充分照明条件下,先清除血肿中央血块,主要靠吸引器轻柔抽吸和间断生理盐水冲洗,将松动的血块吸除,必要时可用活检钳小心夹出血块。应注意对血肿壁的保护,尽量避免损伤或超越血肿壁引起新的出血造成重要结构的损害。对于与血肿壁已粘牢的小血凝块可不予以清除。血肿清除后血肿壁渗血可用明胶海绵止血,活动性出血须用双极电凝准确止血,止血务必仔细、可靠,以免发生血肿腔再积血。

3.3 并发症处理

高血压脑溢血患者由于脑动脉广泛性粥样硬化,脑血管自动调节功能不全,术后恢复较慢,并发症多。常见的并发症有坠积性肺炎、应激性消化道出血和肾功能不全等。本组共发生术后并发症72例,占67%,因此及时的呼吸道管理(吸痰及气管切开)、血压的控制(并非降压,而要减少波动,收缩压150 mmHg为宜)、早期进食(昏迷者3 d内管喂)营养支持和电解质酸碱平衡调节等,有效的预防和控制对患者预后起到极为重要的作用。

高血压脑溢血的外科治疗是一种以外科手术治疗为重要环节的综合治疗,手术旨在清除血肿、解除压迫及改善脑循环和脑脊液循环,防止脑组织受到更严重的损害。合理掌握适应证、对手术指征明确的病例及时手术治疗,正确的手术方法及术后处理可以降低该病的死亡率和致残率,提高生存质量。

[参考文献]

[1] 陈恒年,王绍鹏,王振金,等.超早期脑血肿碎吸引流术治疗高血压性脑出血[J].中华神经外科杂志,1993, 9(1): 37－39.
[2] 张剑宁,赵崇智,孙四方,等.早期应用尿激酶吸引术治疗高血压脑出血的临床实验研究[J].中华神经外科杂志,1991, 7(2): 265－268.
[3] 王忠诚. 神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社, 1998. 687.
[4] 杨晓明,冀 兵,蔡颖琦,等.超早期微创伤显微外科治疗高血压脑出血[J].中华神经外科杂志, 2003, 19(4): 312－314.
[5] 涂通今.急症神经外科学[M].北京:人民军医出版社, 1995. 372－374.
[6] 段国升,王忠诚.手术学全集[M].神经外科卷.北京:人民军医出版社,1994.303－304.

(编辑:兰阳军)

带锁髓内针治疗胫腓骨骨折48例分析

Analysis of 48 cases of tibiofibular fracture dealt with intramedullary interlocking nail

李朝旭, 白 桦, 王东升
(丹东市中医院骨科, 辽宁 丹东 118000)

[关键词] 带锁髓内针;胫腓骨骨折
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2003)05－0358－02

带锁髓内针治疗长骨骨折,具有手术创伤小,内固定牢固等优点。我院自2000年11月至2003年5月使用带锁髓内针治疗胫腓骨骨折48例,取得较好效果。现报告如下。

[收稿日期] 2003－08－10 [修回日期] 2003－11－07