维普资讯 http://www.cqvip.com

自身免疫机能低下,由此引起肠粘膜屏障功能受损,肠腔内的细菌和毒素易位,继而引起了腹水感染。从本组病例腹水培养发现有致病菌生长,充分说明了肠腔内细菌易位的严重性。②由于肝硬化病人长期营养不良,贫血,活动差,抵抗力低下,易患呼吸道感染,个别还因食道静脉曲张和痔上静脉曲张破裂,发生呕血和便血,导致细菌进入发生菌血症,继而引起腹水感染。③医源性促发感染因素:当腹水增多,严重影响病人的呼吸和消化功能时,需间断性,每次少量抽放腹水。在抽放腹水过程中,如果医护人员操作不当、无菌观念差则极易引起腹水感染。

肝硬化腹水感染的诊断主要依据症状体征和腹水化验,由于该病预后不佳,故要求早期诊断早期治疗。对肝硬化腹水感染(自发性腹膜炎)的治疗以保守治疗为宜。本组有4例转入外科手术,手术虽能清除感染之腹水,但术后腹水仍在外渗并且由切口渗出,可引发其他感染,另外病人术后仍需要抗炎及营养支持,这与保守治疗基本相同。本组术后3例因并发肝昏迷死亡,除自身病重外,分析与全身麻醉和手术创伤也多少都有一定的关系。腹水感染的致病菌主要来自病人的肠道,所以采用头孢三代抗菌素大剂量抗炎能使腹水感染得以控制,加之保肝和全身营养支持(每日输白蛋白和间断输血浆等),适当抽放腹水和利尿,其疗效比较显著,如本组14例采用保守治疗总治愈率72.2%,也说明了这一问题。

(编辑:朱志立)

基底动脉尖综合征8例临床分析

王安君 (鞍山市双山医院神经内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 基底动脉尖综合征;缺血性脑血管病;临床分析
[中图分类号] R743 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0070-02

基底动脉尖综合征(top of the basilar artery syndrome,TOBS)系因基底动脉尖部的血循环障碍所致,以意识障碍、瞳孔异常及眼球运动障碍为主要表现的一组临床综合征。临床上较少见。随着临床医师对此病的认识及辅助检查的发展。特别是MRI的普及,TOBS的确诊率越来越高。现回顾我院收治的8例TOBS病例,结合文献临床分析如下。

1 临床资料

本组患者8例,其中男5例,女3例。年龄53~76岁,平均63岁。既往高血压病史6例,糖尿病病史1例,冠心病病史1例。8例患者均为突发起病,且发病过程中均伴有不同程度的意识障碍。嗜睡3例,一过性意识障碍3例,昏迷2例。其中去脑强直发作1例,瞳孔改变及眼球运动障碍6例,垂直运动障碍5例,动眼神经麻痹1例。肢体瘫痪4例,共济失调2例,双侧巴氏征阳性6例,视幻觉1例。8例患者均行头CT检查,其中3例行头MRI检查。头部CT、MRI显示:丘脑梗死6例(双侧5例),枕叶梗死3例,小脑梗死2例,颞叶内侧梗死1例,脑干梗死5例。

2 结果

全部病例均按照缺血性脑血管病治疗,抗血小板聚集、抗凝血、降低纤维蛋白原、防脑水肿,对症支持治疗。8例患者治愈1例,显效2例,有效2例,恶化1例,死亡2例。

3 讨论

基底动脉尖部是指以基底动脉顶端为中心的2 cm直径范围内的5条血管,即由双侧大脑后动脉、双侧小脑上动脉和基底动脉顶端形成的"干"字区域。各种原因引起的该区域动脉闭塞,出现突发意识障碍、瞳孔及眼球运动异常为主要表现的一组综合征即构成TOBS。TOBS的临床特点:①本病的主要病因为心源栓塞和动脉硬化性梗死;②一般起病急、进展快,症状、体征涉及多部位,主要临床表现为意识障碍、眼征、偏瘫或四肢瘫、共济失调、眩晕、呕吐等;③较早、较快的出现并发症,如上消化道出血、中枢性高热、肺部感染、呼吸节律的改变等;④头颅MRI显示基底动脉尖部5支动脉供血区的多处梗死。对于具有上述特点的患者及早行头部MRI检查,如果头颅MRI显示基底动脉尖部5条动脉供血区2处以上梗死灶即可诊断[1]。

本组病例发病过程中均有不同程度的意识障碍,主要由于中脑网状结构上行激话系统和丘脑网状核及下丘脑功能受损所致,瞳孔异常及眼球运动障碍是TOBS的另一个主要症状。本组5例眼球垂直运动障碍,为上丘脑水平垂直运动中枢病变或周围病变水肿压迫所致。1例动眼神经麻痹,主要损害了中脑导水管腹侧被盖内侧EW核造成瞳孔散大、动眼神经核或根受损表现为眼球运动障碍。1例出现视幻觉,与大脑脚、黑质、红核、中脑导水管旁灰质及小脑上脚损害有关。影像学特征为丘脑和脑干病变比率高,主要为基底动脉尖端发出分支动脉供血给中脑、丘脑、枕叶、小脑上部和颞叶内侧,供应中脑和丘脑血液的深穿支远较大脑与小脑血液的动脉细,侧枝循环建立更慢,故TOBS临床上主要表理为中脑和丘脑缺血症状,这与文献报道一致。由于TOBS仍然为急性脑梗死,但由于它的特殊性在治疗上也与常见脑梗死不同,认为临床上除按常规急性脑梗死治疗外,应及早诊断、充分应用脱水降颅压药物。因为脑水肿可以诱发枕骨大孔疝引起呼吸循环衰竭而死亡,故应充分脱水降颅压,以免形成脑疝危及生命,在临床上不能用大脑半球

[收稿日期] 2007-11-12 [修回日期] 2007-12-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

梗死面积的大小来衡量TOBS患者脱水药物的应用。保持呼吸道通畅及早纠正呼吸衰竭[2]。

由于本病预后不佳,治愈率低,病死率高,我们应提高对本病认识,早期诊断,及时采取有效治疗措施,积极预防并发症,将有助于降低死亡率,对提高患者的生存率和生存质量有重大意义。

[参考文献]

[1] 谢思明,陆士奇.基底动脉尖综合征18例临床分析[J].中国现代医药杂志,2007,9(6):92-93.
[2] 施建华,罗腊香,张力,等.基底动脉尖综合征6例诊治体会[J].中国民康医学,2007,19(8):677-678.

(编辑:郭光金)

自制气囊在后腹腔镜手术中的应用

杜文秀,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 后腹腔镜;手术;气囊
[中图分类号] R612 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0071-01

后腹腔镜手术需建立腹膜后操作间隙,我院自2005年1月至2007年3月,在建立腹膜后操作间隙时一直使用自制气囊。其效果满意,现介绍如下。

1 材料与方法

1.1 材料

16号一次性尿管1根,8.5号无菌手套1只。

1.2 制作方法

剪去尿管的盲端,取8.5号乳胶手套的中指、拇指指套,将拇指指套重叠于中指指套外,用7号丝线在指套开口端外层打结,将两层指套固定在尿管上。结的松紧度以不阻断尿管的通畅性,又使指套具备良好的密闭性能为宜(图1)。

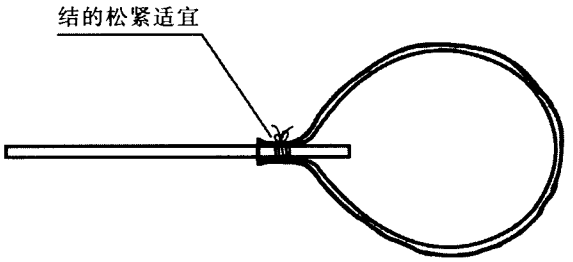


图1 自制充气气囊示意图

1.3 使用方法

检查尿管的通畅性及气囊的密闭性能后,于腋中线髂嵴上方1~2 cm处作切口,切开肌层钝性分离至腹膜后,用食指于腹膜后间隙探出腔隙,用7寸弯钳将制作好的气囊放进腔隙。用60 mL注射器通过尿管向气囊内反复注气共500~700 mL以扩大腔隙,注气间隙用止血钳将尿管夹闭。腔隙扩大成形后,松开止血钳,放出气囊内气体,取出气囊,检查其完整性。在腔隙内放入鞘卡及镜头。

2 讨论

气囊分为内外两层,内层的乳胶中指套体积小于外层的拇指套,若因气囊压力过大而致气囊破裂,首先破裂的为内层,不会导致异物遗留,方便手术医生手术操作。自制气囊扩大手术腔隙效果好且取材方便,经济实用。

(编辑:余汇洋)

[收稿日期] 2007-10-10 [修回日期] 2007-11-29

可调式中心负压吸引在清理新生儿呼吸道分泌物中的应用

唐 莉,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 负压吸引;呼吸道分泌物;新生儿
[中图分类号] R719 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0071-02

在剖宫产术中,痰液、羊水、分泌物易堵塞新生儿呼吸道,导致新生儿阻塞性窒息。因此,有效而彻底地清理呼吸道是新生儿娩出后最先、最关键的一步。自2006年起我科采用带有流量调节的中心负压吸引器代替口吸法,用于清理新生儿呼吸道分泌物,取得了满意的效果,现将操作方法介绍如下。

[收稿日期] 2007-10-08 [修回日期] 2007-11-15