维普资讯 http://www.cqvip.com

和渗出物,如出现上述现象,应及时通知医生,给予相应处理。

4.3 功能锻炼

早期锻炼对更好地恢复功能极为重要。术后伤口疼痛消失1~3 d即可在床上练习股四头肌运动、踝关节跖曲背伸运动、膝关节及足部活动,以主动锻炼为主,辅以被动活动。开始每2 h一次,每次5~10 min,逐渐增加锻炼强度,以不疲劳为宜。拆线后可在床上练习坐起,10~14 d可扶拐下床活动,术后2周开始行外展滑板锻炼。下床不坐低椅,坐凳时患肢自然下垂,不曲身向前,避免任何增加髋关节的运动。

4.4 预防并发症

因术后卧床,活动量减少,防止局部长期受压,促进血液循环,骶尾部及足跟每2~3 h按摩一次,或垫气垫、棉圈,并保持皮肤的清洁和床单的平整、干燥,防止褥疮的形成。另外,多饮水增加尿量,保持会阴部的清洁卫生,如留置尿管要注意无菌操作,保持尿管通畅,预防泌尿系逆行感染。鼓励病人扩胸、深呼吸、咳嗽以增进肺功能,保持呼吸道通畅及口腔的清洁卫生,预防肺部感染。

(编辑:张天飞)

B超引导下神经内镜辅助显微手术切除多房性脑脓肿1例

朱文武*,孟 辉,冯 华
(第三军医大学附属西南医院神经外科,重庆 400038)

[关键词] 多房性脑脓肿;神经内镜;显微手术
[中图分类号] R742.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)03-C003-02

本科于2003年5月收治一例多房性脑脓肿,采用神经内镜辅助显微手术切除,术中用神经内镜打通各个脓肿的分隔,直视下冲洗,吸除脓苔,取得了满意效果。本文对此进行总结分析,将其特点与诊治体会报告如下。

1 临床资料

患者,男性,3岁,反复发热、头痛、呕吐2个月入院。查体:右侧肌力正常,左侧肌力Ⅳ级,腱反射(+++),双侧锥体束征(+)。头颅MR检查示右侧大脑半球可见多个囊性低密度影,囊壁完整,厚薄均匀,占位效应明显,双侧侧脑室明显受压变形、狭窄,左侧侧脑室后角明显扩大,中线结构明显左移。病灶壁明显强化,可见大小脓腔达8个。

2 手术方法

2.1 手术设备

采用美国Zepplin神经内镜系统,硬质工作镜,外径6 mm,00角,镜内有照明、摄像、工作腔、吸引及冲洗通道。Leika-OHS手术显微镜。ALOKA术中B超,术中图像处理系统。

2.2 手术方法

采用全身麻醉,行气管插管,患者仰卧位,头左偏,取右侧额部半冠状切口,应用B超动态定位,穿刺抽出部分浓液,用含庆大霉素的盐水冲洗,在手术显微镜下切除表浅的脓肿腔;深部的脓肿靠近功能区,切除困难,在B超引导下用神经内镜探查,见窦道曲折,深约5 cm,腔内有大量浓液及脓苔,内镜下吸除浓液及脓苔后用庆大霉液冲洗,打通多个脓腔,使之充分沟通;再次B超检查,脓腔消失,脓肿壁与深部重要结构粘连重,为避免术后功能障碍,不切除深部脓肿壁。

3 结果

切除的脓壁病检为炎性组织,一周后复查头颅CT,脓肿完全消失,继续抗炎治疗至血象正常后再治疗两周,患者恢复好,无头痛及呕吐,体温正常,四肢肌力、肌张力正常,腱反射正常,双侧椎体束征(—),查血常规正常。

4 讨论

脑脓肿手术方法多,常用穿刺法、引流法、脓肿切除法。穿刺法简单,适用于单发性脓肿,不适用于多发性脓肿,可结合立体定向术使定位更精确,但患者常需多次穿刺才能治愈。引流术适用于脓肿壁较厚的单发性脓肿,亦不适用于多发性脓肿,术后可用抗生素液体反复冲洗脓腔至引流液清亮。脓肿切除术要在脓肿的包膜完全形成后进行,适用于病人的一般状况较好,能耐受开颅手术,脓肿又位于脑的非主要功能区且较表浅者。对深部和靠近功能区的脓肿,手术切除损伤大,易出现后遗症。神经内镜具有微创、直视的优点,对脑组织损伤小,能清楚显示脓腔内的情况,直视下吸除脓液及脓苔,对多房脓肿可打通各脓腔以利冲洗引流,防止术后复发。该患者脓肿较大,多达8个腔,深部脓腔与功能区粘连重,若勉强切除脓肿壁,术后易出现后遗症。应用神经内镜在直视下观察脓腔并沟通各个腔,冲洗彻底,损伤小,术后无后遗症。同时应用B超动态定位,可提示准确的穿刺路线,提高手术精确度。本手术方法创伤小,价格低廉,易操作,取得了满意的效果。

(编辑:张天飞)

* 现在重庆市云阳县人民医院外二科工作

[收稿日期] 2004-03-03 [修回日期] 2004-04-20