维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

本组采用ADL分级，Ⅰ级4例，Ⅱ级2例，Ⅲ级2例，Ⅳ级1例，Ⅴ级1例，死亡1例。

3 讨论

3.1 高血压病患者容易并发缺血性脑卒中

高血压病患者血栓形成具有多种因素：①高血压病患者血管内皮细胞受损，使血管内皮的抗血栓形成作用减弱，并且血管内皮细胞激活状态有利于血栓形成；②高血压病患者血小板处于激活状态，活化状态的血小板外形发生变化，粘附性增强，有利于血小板聚集，易于血栓；③高血压病患者白细胞处于激活状态，而白细胞激活和白细胞介质在急性脑血管缺血中起着重要作用。

3.2 手术治疗与继发脑梗塞

3.2.1 手术方式　一种是骨窗血肿清除术，优点是操作方便可迅速清除血肿，防止脑疝发生或解除脑疝，可直视下处理出血病灶。另外，通过骨窗可了解术后颅内压的改变，并对术后脑水肿、脑梗塞所致脑膨胀有一定缓解作用。另一种是骨瓣血肿清除术，优点是对血肿占位引起的脑疝有充分的缓解，但较骨窗血肿清除术操作费时，并且如骨瓣复位对术后脑梗塞水肿再出血所致脑疝无缓解作用，如去除骨瓣术后有2次手术修补的可能。

3.2.2 手术操作　由于血肿占位效应压迫同侧脑组织以及中线结构移位对侧脑组织受压，致使血管扭曲、牵拉、挤压而局部血液循环障碍。因此术中操作应轻柔，同时保护好非操作区。手术结束前彻底止血并冲净术野的积血，以避免和减少由于血液进入蛛网膜下腔使脑血管痉挛而导致继发脑梗塞。

3.2.3 术后治疗与继发脑梗塞　①术后应用抗血管痉挛药物的同时应行腰穿，一方面可监测颅内压，另一方面如有蛛网膜下腔出血，可清除积血减轻或避免继发脑梗塞。②高血压性脑出血患者术后降血压是防止再出血的重要方法，但血压过低会使脑血流总量减少，血流缓慢，容易发生脑梗塞。③术后止血药物应用过多会打破机体的纤溶平衡，使血液处于高凝状态，易于血栓形成。④术后由于应用脱水药物、气管切开、发热、上消化道出血等使体液大量丢失，而病人1 500～2 000 ml/d液体入量是不能维持体液平衡的，结果病人血容量减少，血液粘度增加易诱发脑梗塞。因此，作者主张术后常规腰穿；血压逐级下降至140～120/95～90 mmHg，每次下降10%左右；在无出血的病人术后止血药物应用3 d；术后应用Dextron-40改善微循环，降低血粘度。

（编辑：张天飞）

整形术后引流的合理选择

张雪松　（佳木斯大学附属第一医院整形烧伤科，黑龙江 佳木斯 154003）

[**关键词**] 整形；引流；合理选择
[**中图分类号**] R826.8　[**文献标识码**] B　[**文章编号**] 1672－5042(2005)01－0065－02

随着外科技术的发展，外科引流的内容从传统的硅橡胶管(条)引流、烟卷引流、双管道引流、负压引流等得到了丰富和发展。正确有效的引流在诊治病人中极其重要，而使用不当的引流可影响病人的康复，甚至加重病情。现就引流术在整形手术后引流的合理选择报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组面部除皱术206例，放置引流条3例；耳再造3例，负压引流3例；隆乳术186例，负压引流13例；(肌)皮瓣修复术162例，放置引流管(条)80例，负压引流69例，持续引流冲洗13例；中厚、全厚皮片移植469例，刺孔引流297例。

1.2 方法

面部除皱术在耳前、耳后缘缝合切口的最低点各放置一硅橡胶管(条)持续引流，24～48 h拔除。耳再造应用负压引流经耳垂部放置于皮肤深面，放置4～5 d。颈部、腹部手术取半卧位利用体位引流。隆乳术于假体深面放置引流。腹壁整形术后在低位放置引流管(条)，24～48 h拔除。中厚、全厚皮片移植时在皮片上刺穿多个孔以引流。(肌)皮瓣下放置负压引流。重要器官或组织不能行彻底清创术时，皮瓣下持续引流冲洗。

[**收稿日期**] 2004－09－21　[**修回日期**] 2004－11－29

2 结果

皮瓣远端坏死5例，其中放置引流2例，未放置引流3例；皮片下积液29例，其中刺孔引流8例，未刺孔引流21例；乳房假体纤维包膜挛缩1例，为未放置引流。

3 讨论

3.1 正确选择引流物

按引流物目的不同可分为预防性引流和治疗性引流。引流在整形外科手术中可起到辅助止血和防止血肿形成的作用[1]。整形外科手术后常见的并发症为血肿，因此预防性引流可作为一种常用的止血方法。引流的方式有橡胶条、单管闭合式引流(引流管出口处接引流袋)、负压引流等。放置引流管(条)要具体情况具体分析，要考虑到引流本身对机体的刺激，不顾病情都放或不放是错误的。整形美容外科中引流物一般都是从原切口引出，尽量不要另做引流口，以免额外产生瘢痕。从尽量减少切口瘢痕的角度来说，应掌握引流的时间，一般的引流不要超过48～72 h，放置时间过长将增加感染机会。治疗

维普资讯 http://www.cqvip.com

性引流主要用于(肌)皮瓣下的单纯引流或持续引流冲洗。(肌)皮瓣涉及组织量大、覆盖范围广、充填腔隙大,利用负压引流可使腔隙贴服,同时达到引流的目的。对累及重要器官、组织不能行彻底清创时,可利用药物溶液行皮瓣下持续引流冲洗,既改善了局部组织的营养状况,又对残留的坏死组织产生"生物性清除",从而消除或减轻局部的炎性反应,以增加皮瓣存活率。大面积软组织感染时可利用引流使分泌物或坏死组织充分排除,必要时可反复冲洗并延长引流时间[2]。

3.2 引流物放置遵循捷径和低位的原则

整形手术在切口的缝合上要求无创或微创缝合,而引流物大部从切口引出,不另设引流口,因此引流物多应缝合固定,但应避免将其缝至组织深处。引流要通畅,避免引流不畅导致渗液、渗血积聚。固定包扎时防止引流管成锐角打折或受压,被误认为渗出物少或无,提早拔出引流管,或未及早发现活动性出血或较为活跃的渗血而致血肿的发生。对预防性引流可应用管径稍粗的带有多个侧孔的硅橡胶管引流,以免渗液或血凝块堵塞引流管。引流物尽可能放置在较低位置或接近需引流的位置。隆乳术引流管一般放置在假体的深下方;全面部除皱术时引流管(条)放置在耳垂部或后颈部;应用皮肤扩张器时在扩张囊下方放置引流物;皮瓣手术时引流物置于皮瓣下。

3.3 引流物放置的时间

引流物放置的时间根据其适应症、手术要求和引流量决定。一般的引流不超过48~72 h。在整形术后可根据引流量的多少酌情及早拔除引流物以免形成明显的瘢痕。治疗性引流则根据坏死组织的清除程度,肉芽组织的生长情况决定拔除时间。

[参考文献]

[1] 宋儒耀,方彰林.美容整形外科学[M].北京:北京出版社,2002.183.

[2] 李飞舟,李世荣,曹 川,等. 不同类型睑袋的整形术式选择[J]. 局解手术学杂志,2003,12(4):260-261.

(编辑:左艳芳)

针吸细胞学检查诊断乳腺癌300例分析

卜丽丽 (解放军第89医院检验科,山东 潍坊 261021)

[关键词] 乳腺癌;细胞学检查;针吸诊断
[中图分类号] R737.9;R730.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0066-01

乳腺癌是妇女常见恶性肿瘤之一,目前针吸细胞学检查是诊断原发性乳腺癌最有效的方法,具有操作简便易行,准确性高,取样、制片、诊断一般只需1 h,安全、副作用少,罕见针道种植、转移等优点。作者采用针吸细胞学检查诊断乳腺癌300例,乳腺细胞学阳性诊断率高。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组300例,男6例,女294例,年龄23~80岁,平均45岁,高发年龄35~48岁,均是因乳房肿块结节就诊的门诊病例。

1.2 方法

针吸细胞学检查采用20 ml注射器,9号针头,抽吸技术同一般文献报道,用抽吸物涂片,干后用瑞氏-姬氏混合染色、检镜,所有病理均用病理组织学检查证实。

1.3 诊断标准

癌细胞成圆形或散落分布,细胞数量多,细胞密集,细胞外形不规则,有散在倾向,细胞核大小不一,染色质粗大或小圆点网状,核分裂相多见,每个核内有一个大核仁,核仁形态不规则且多,胞质丰富,胞质及胞核内见多量弥散小空泡。

1.4 诊断结果

300例乳癌患者针吸细胞学诊断为乳癌287例,可疑乳癌7例,乳腺纤维瘤恶变6例,右乳癌190例,左乳癌108例。

2 讨论

针吸细胞学检查对乳癌的诊断可靠性强,乳腺细胞学阳性诊断率多在80%~90%,假阳性率不足1%,且由于双核及裸核细胞的出现使纤维瘤最易出假阳性。我们曾将1例纤维瘤认为可疑癌,终结经验认为:涂片中裸核细胞伴大量炎性细胞存在时诊断乳腺癌应慎重,要多看几张涂片,再做诊断,因此乳腺癌针吸细胞学诊断假阳性的出现,究其原因,工作中有阅片诊断不足,癌细胞数量较少,分散存在而被忽略,为了弥补细胞学检查阳性不足,对在检查中临床诊断为乳癌或高度怀疑乳癌者,如果细胞学诊断阳性时,应重新多层次针吸,以进一步明确诊断,提高阳性诊断率。

由于组织细胞学只能看细胞形态,而病理组织学才能看到病变组织结构,这样就造成了乳癌针吸细胞学分型的困难,再加上针吸部位不同,所获材料在图片可以表现出不同的细胞学图像,故细胞学诊断乳癌一般不进一步分型,但也可根据癌细胞形态大小、结构、形态、核浆特征,涂片背景等进行简单分析,如乳腺癌、未分化癌、鳞癌等。同时还要配合临床乳腺肿瘤标志物等检查,提高诊断率。针吸细胞学检查能否引起癌肿扩散者,是人们极为关注的重要问题之一,国内许多学者认为,以针吸细胞学检查与其他活极及未活检者比较,其生存时间来发现差异,针吸细胞学诊断为乳癌的患者,应尽快手术,有助于提高患者预后的存活率及生活质量。

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2004-09-23 [修回日期] 2004-10-28