维普资讯 http://www.cqvip.com



2.手术方法:骶麻成功后,患者取截石位,术区常规消毒,铺无菌巾,食指伸入肛门内,摸清脓肿的部位及范围,在两叶肛门镜下观察6时位肛隐窝是否红肿、充血、溃口,以判断内口位置,在肛门后位脓肿最高处做一放射状切口,长约3.0 cm,切开皮肤及皮下组织,用弯止血钳钝性分离至肛管后间隙,充分排脓,食指探查脓肿间隔,再向左右坐骨直肠窝间隙分离,引导至脓肿左右最前点,距肛缘2 cm处做长约2.5 cm的放射状梭形切口,切除少量皮肤及皮下组织分离直达脓肿,使三处切口底部相通(如两侧切口与后位切口距离超过5 cm可在两切口中间再做一放射状切口)。用左手食指伸入肛内,右手用探针沿后位切口基底部缓慢向肛门探查,寻找内口,在脓腔最高点薄弱处穿出,剪开探针上皮肤粘膜,并引入双10号丝线,一根结扎略紧,另一根做浮线,以便紧线时用,后位切口与左右两侧放射状切口分别用橡胶条引流,用1%双氧水,甲硝唑注射液冲洗创腔,修剪创缘,彻底止血,无菌纱布填塞创口,包扎,术毕。术后抗炎对症治疗,保持大便通畅,便后1:5 000 pp液坐浴后,紫草油纱填塞创口。5~7 d拆除引流条,8~10 d紧线,使挂线10~18 d脱落,定期肛门指检。

二、结果

1.疗效判定标准:痊愈:症状体症消失,病灶彻底清除。好转:症状消失或明显改善,病灶基本消散。未愈:症状体征均无明显改善,病灶存在或后遗肛瘘。

2.疗效:86例全部治愈。疗程18~50 d,平均24.5 d。术后无并发症及后遗肛瘘,随访均无肛门移位等后遗症。

三、讨论

1.正确处理内口:肛腺感染是肛门脓肿形成的主要原因,正确寻找并处理内口是手术成功的关键,寻找内口可以从以下两方面探查:(1)若患者肛门有脓液排出,则证明内口已破,可通过探针探查确定。(2)若内口未溃破不能探通,可用左手食指在肛门内做引导,针指配合,寻找针指间最薄弱处的最高点,此多为原发内口,注意在寻找内口时应轻轻探查,以免造成假性瘘道。

2.要掌握挂线原则与紧线时间:如果炎症浸润大,挂线宜松,反之宜紧;如脓肿位置高,挂线宜紧,反之宜松;挂线一定要松紧适度,边切割边修复;当肌肉断离时,由于获得与周围组织附着的支点,所以断端距离小,创面疤痕小,这样就避免了出血及肛门失禁的危险。关于紧线时间,如果脓腔较大,可推迟紧线时间,待创腔缩小及括约肌与周围组织粘连后再分次紧线,挂线脱下时间最好在18~20 d左右。过早脱线易造成轻度肛门失禁。

3.术后换药:(1)用生理盐水棉球清理创面后,头三天,用1%双氧水冲洗脓腔后,再用甲硝唑注射液冲洗。(2)换药时忌用力去擦创面,这样会引起病人疼痛,创面出血,只需用生理盐水棉球吸去创面上的分泌物及粪便即可。(3)保证创面引流通畅(每次换药时,要活动橡胶引流条,以防止创面内感染及污物滞留,直至拆除为止)。紫草油纱填塞创面时,要保证创腔外紧内松,使肉芽从基底部生长,避免假性愈合。

4.术后抗生素应用:我科用头孢噻肟钠4.0 g,甲硝唑250 ml静脉点滴,每日一次,连用5 d,复查血常规,观察是否有进一步感染。

5.对切开挂线引流术的评价:通过对瘘道的机械切割,使局部组织缓慢分离并生长修复。当肌肉切断时,由于其与周围组织粘连,故断端分离小,创面瘢痕小,这样不会导致严重的肛门失禁,在主管外口与支管外口之间放置一橡胶引流条,形成固定而持续的对口引流,有利于支管管腔引流而使支管愈合,即可缩短愈合时间,又可防止因完全切开支管损伤肛旁周围组织形成瘢痕挛缩而引起肛门畸形及肛门移位。

(收稿日期:2003-01-23)

# 乳突鼓窦缺如三例报告

李 永*

胆脂瘤型中耳炎是耳鼻咽喉科一种常见病,以中耳乳突根治术为主要治疗手段。我科自1989年以来,在手术中发现了3例鼓窦缺如病人,现报告如下。

一、临床资料

病例1,女,31岁。因右耳反复流脓20余年入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛。外耳道清洁后见鼓膜大穿孔,鼓室干燥。病例2,女,27岁。因右耳反复流脓17年,听力下降7年入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛,外耳道少许干酪样分泌物、味臭,鼓膜松弛部大穿孔,穿孔处可见胆脂瘤。病例3,男,40岁。因左耳反复流脓21年,左侧偏头痛1月余入院。查体:乳突区无红肿、破溃及压痛。左外耳道可见粉红色肉芽组织,易出血。3例X线许梅氏位报告:胆脂瘤形成。遂在局麻下行中耳乳突根治术。手术过程:第1和2例,均采用耳内切口,暴露筛区及乳突骨质,未见骨质破坏。取筛区进路,去除部分骨质后见灰红色组织,质软、弹性好,严格无菌操作,穿刺抽出血液,遂定为鼓窦缺如。凿除上鼓室外侧壁,断除"骨桥"常

* 作者单位:161000 黑龙江省齐齐哈尔市解放军二〇三医院五官科

维普资讯 http://www.cqvip.com



规结束手术。第3例取耳内切口,术中见外耳道后壁骨瘘孔形成,大量积存胆脂,清理之,以此为进路凿除上鼓室外侧壁、断除"骨桥",向后清理骨腔时发现鼓窦缺如。清理术区,常规结束手术。

二、结果与讨论

正常解剖情况下,取筛区进路,其下方即为鼓窦区,它与后内方的乙状窦比邻。当鼓窦缺如及乙状窦前置时乙状窦板与外耳道后骨壁融合为一,或乙状窦板与外耳道后骨壁紧贴。据国内文献报道,乙状窦变异发生率为2.0%~2.6%。由于变异率低,加之慢性化脓性中耳炎病程长,破坏范围不规则,以及颅骨重叠的关系,普通X线诊断鼓窦缺如、乙状窦前置很困难,而CT检查由于费用贵又不能普及到每个病例,所以术前鼓窦缺如、乙状窦前置很难确定。因而术中无论是凿除骨质,还是清理病变,一定要仔细观察,循序渐进。在查明组织的性质、范围后再决定是否予以清除。否则贸然求快,把前置的乙状窦,当作病变组织清除,就会造成大出血,给手术带来麻烦,给患者带来危险和痛苦。

(收稿日期:2003-03-11)

# 不稳定心绞痛恶化的原因分析

武 杰* 朱英杰

不稳定心绞痛发作时间长,进展迅速,不容易缓解,心电图改变明显,大部分经治疗转变为稳定性心绞痛,少部分最后恶化为急性心肌梗死。我院2000年至2002年收治不稳定心绞痛在住院期间,有11例恶化为急性心肌梗死,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,对于整个治疗过程分析有助于发现治疗中存在的问题,并加以注意,减少以后工作中不稳定心绞痛恶化为急性心肌梗死发生率。

一、资料与方法

1.临床资料:均为2000年至2002年收治入院的不稳定心绞痛恶化为急性心肌梗塞11例病人,诊断符合WHO的急性心肌梗死诊断标准,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,合并心律失常室早、室速5例,室颤2例,Ⅱ度以上房室传导阻滞2例,合并左心功能不全5例,发生时间为入院后24 h~7 d不等,尤其1~3d内发生为多,年龄42~69岁不等。

2.梗死前治疗方法:常规给以消心痛、倍他乐克、恬尔心、阿司匹林口服,同时硝酸甘油加肝素维持48 h。

二、结果

11例不稳定心绞痛病人恶化为急性心肌梗死,其中透壁梗死9例,心内膜下梗死2例,具体情况如下,(1)4例因休息不好,探视人员过多,情绪变化大,导致劳累因素增加而病情恶化,1例因明显劳累短时间内上六层楼梯而恶化。(2)3例因静滴硝酸甘油和肝素停用后恶化为急性心肌梗死。(3)3例经各种充分治疗,但仍由于用药过程中病情迅速恶化为急性心肌梗死。

三、讨论

不稳定心绞痛发作时间长,频繁、进展迅速,心电图改变明显,大部分经治疗转化为稳定性心绞痛,少部分恶化为急性心肌梗死。情绪变化和劳累因素等常诱发发作,加之药物治疗不恰当导致病情难以控制,其梗塞面积大,合并症多,多数为透壁性梗死。

不稳定心绞痛发生包括多种不同病理生理机理,即斑块破裂,血小板粘附、聚集和释放,凝血系统激活形成血栓,同时可伴血管痉挛,引起血管腔明显狭窄。治疗上应针对上述各个环节合理治疗防止恶化,以促进转化为稳定性心绞痛。通过11例不稳定心绞痛治疗经过和病程演变为急性心肌梗死过程,提示以下几点:(1)要充分重视病人的一般护理,尽力消除诱发心绞痛发作因素的存在,注意病人休息、情绪、饮食、避免劳累,因劳累增加心肌耗氧,情绪变化引起交感神经兴奋,冠状动脉痉挛。(2)硝酸酯类药物应用要足量,疗程要长,以达到充分扩张冠状动脉的效果;合用钙通道阻滞剂减少冠状动脉痉挛出现,防止狭窄冠脉管腔进一步变窄或闭塞,合理应用β-受体阻滞剂和钙通道阻滞剂控制心率和血压,以减少心肌耗氧量。(3)肝素足量,维持静滴48 h以上,以600~1 000 U/h为宜,用凝血时间及凝血酶原时间监测肝素用量。由于肝素抗血小板、抗凝血酶作用,可明显减少不稳定心绞痛急性心血管发作的发生。(4)溶栓药物如尿激酶可以少量应用,以溶解冠脉内不全阻塞的血栓,减少心肌损伤出现的机会,溶栓治疗确实对一部分不稳定心绞痛中是有效的,由于溶解了部分血栓,使管腔狭窄减轻,心绞痛症状改善。(5)药物难以控制的不稳定心绞痛,提示冠脉血管病变严重,应进行冠状动脉成形术+支架术,以尽快控制病情。

(收稿日期:2003-03-03)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院急诊科