维普资讯 http://www.cqvip.com

三、治疗

闭合伤腹腔穿刺阳性，有腹膜刺激征或休克不能用其它部位伤解释时，均应积极手术。定位诊断不明确时多用正中切口，再按需延长，切勿满足于已发现的损伤，应常规全腹探查以免漏诊多脏器伤。脏器处理持"抢救生命第一，保全器官第二"的原则，严重脾损伤时脾切除仍为常用术式。严重肝外伤仍为腹部伤主要死因，尤其合并肝静脉损伤时，采用转流和全肝血流阻断等复杂操作，实际成功率不高；除部分病例可迅速作右半肝切除显露肝静脉修补外，改良的肝后填塞法不失为一可取的选择。胰腺处理要点在于明确主胰管是否损伤，胃肠挫伤重，宜切开探查并作预防延迟性破裂的手术，十二指肠可疑损伤应作 Kocher 切口探查全段；结直肠损伤，应外置或造瘘，凡可吻合者不必外置。术后重视围手术期处理。

（收稿：2000-10-08）

腹腔镜在脑室腹腔引流术中的应用体会

金锡尊* 孙凌宇* 王树卿*

我院于1999年7月开展腹腔镜术以来，与脑神经外科合作成功完成了18例22人次脑积水患者腹腔镜腹腔置管的脑室腹腔引流术，收到了良好效果。本文对手术效果与开腹置管引流进行了比较和分析。

一、临床资料

1.一般资料：本组18例病人，男11例，女7例，年龄8～56岁，均为脑积水患者。其中6例是第二次引流，原因是既往开腹置管3～6个月，腹腔端引流管堵塞。另4例在腹腔镜置管后一周再次置另一根管，原因是脑室间孔不通，须做另一侧脑室引流。

2.手术方法和结果：均取头偏后左（或右）侧位，取右（或左）枕部弧形切口，钻孔入颅后，取平行于 OM 线方向将引流管置入8厘米左右，有脑液流出证实尖端在脑室内。行皮下通条穿刺，尖端穿至脐右上方5厘米处，切小口将通条引出，拔除内芯，将引流管远端经通条管送至腹部切口引出待用。人工气腹后，于脐下缘、脐左上方5厘米处分别插入扩张器并置入腹腔镜和抓钳。再从引流管引出处用5毫米扩张器穿透腹壁拔出，用左弯钳夹住引流管端放入盆腔最低点，或向上穿过肝镰状韧带至左侧，再经肝镰状韧带另戳孔穿回右侧，将管端固定在肝右叶上右方。6例曾开腹置管引流者术中腹腔镜下见引流管尖端均被大网膜紧密包裹，导致引流管堵塞。原切口周围大网膜粘连，有两例可见小肠壁及系膜与腹壁粘连。将引流管从包裹中抽出，证实通畅，再将其放至盆腔最低点或固定于肝上。若不通畅则重新置管。观察4例曾经腹腔镜置管的情况，无管端堵塞、包裹和腹腔粘连，引流管依然通畅。

二、讨论

脑积水是脑外科常见病症，临床主要表现为高颅压症候群，肢体活动障碍，大小便失禁以及脑室扩大，脑组织萎缩等。治疗方法除解除其原发病外，脑脊液分流对缓解症状，改善病人生活质量，恢复机体正常功能有重要作用。常用分流方法有脑室——心房分流，脑室——腹腔分流，脑室——胸导管分流，脑室——输尿管分流等。其中脑室——腹腔分流效果好，操作简单，并发症少，因而最常用。以往引流管腹腔端主要采用开腹置管，其缺点主要表现为：①引流管放入腹腔位置受限，只能放在切口附近，因此易被大网膜捕捉到进行包裹，造成末端堵塞。②开腹置管手术易造成腹腔脏器粘连，严重者造成粘连性肠梗阻。③腹部切口相对较大，对机体损伤大，增加了切口和腹腔感染的机会。相比较可见，腹腔镜下置管创伤小，术野清晰，置管位置精确，可把引流管末端放至盆腔最低点或固定在肝上方，使大网膜无法捕捉到，避免管端堵塞，保证引流长期通畅。同时，借助膀胱间歇性排尿和膈肌的节律性呼吸运动，对导管末端形成了泵作用，从而更有效引流脑脊液。我们应用腹腔镜置管的18例22人次，至今最长已达一年时间，无一例出现堵塞现象，因此是一种值得推广的好方法。

（收稿：2000-09-05）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医院

硬膜外新斯的明复合液用于术后镇痛的临床观察

于 辉*

临床证实，硬膜外腔应用新斯的明（N）、东莨菪碱、布比卡因作术后镇痛，对下腹部短小手术后镇痛作用完善，方法简便。近来有报导硬膜外使用地塞米松可延长术后镇痛时间，为此，本文拟观察新斯的明镇痛液加入地塞米松后复合液（ND）的镇痛效果。

一、资料与方法

1.病人的选择与分组：选择 ASA Ⅰ～Ⅱ级，硬膜外阻滞效果满意的行阑尾切除术或疝修补术成年病人90例，随机分为3组，每组30例。于手术结束时，硬膜外腔注入3组药物中的一组。ND组（n=30）：新斯的明（N）1mg＋东莨菪碱0.3mg＋0.75%布比卡因5ml＋地塞米松（D）10mg，容积为10ml；N组（n=30）：新斯的明（N）1mg＋东莨菪碱0.3mg＋0.75%布比卡因5ml＋生理盐水2ml，容积为10ml；B组（n=30）：0.75%布比卡因5ml＋生理盐水5ml，容积为10ml。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院麻醉科

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.麻醉方法:麻醉前用药均为术前半小时肌注苯巴比妥钠0.1g。根据手术需要选择硬膜外穿刺点,局麻药为利多卡因。麻醉平面满意后,经硬膜外腔注入哌替啶50mg,氟哌利多2.5mg,术程安静、平稳。

3.镇痛效果评定:(1)术后持续镇痛时间:即自末次硬膜外腔注药到出现疼痛的时间,观察24小时;(2)采用口述描述:评分法(VDS)和针刺比较法相结合的方法,确定术后镇痛持续作用时间和效果。镇痛效果优:平静时伤口不痛、咳嗽和变换体位或下床行走时偶感轻痛,24小时内不需镇痛药;良:平静时伤口轻痛,活动时疼痛加剧,能忍受,12小时内不需镇痛药;差:平静时伤口疼痛明显,12小时内需应用镇痛药。(3)术后使用镇痛药情况:使用次数及剂量,术后镇痛药均为哌替啶50mg,氟哌利多2.5mg,肌注。(4)副作用:恶心、呕吐、尿潴留。

4.统计学处理:数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用方差分析检验,$P < 0.05$ 为相差显著。

表1 三组病人术后镇痛效果,用药情况及副作用($\bar{x} \pm s$)

分组	镇痛时间(h)	镇痛效果(%)			镇痛药应用率(%)		副作用(人数)
		优	良	差	≤12h	≤24h	
ND	17.5±8.4△	95△	5	0	0	0	0
N	14.6±8.6	89	11	0	0	0	0
B	4.5±1.5	0	4	96	96	4	6

注:△$P < 0.01$ 与N、B组比较

二、结果

术后镇痛时间ND组明显长于N组、B组,镇痛效果ND组也明显优于N组、B组。副作用人数ND组、N组均为0,B组为6例。

三、讨论

ND组术后镇痛时间明显长于N组的机理可能是:(1)地塞米松增强布比卡因与神经轴索的结合、延长和强化其神经阻滞作用;(2)硬膜外地塞米松通过轴浆运动改善手术切口的缺血、缺氧,渗出水肿和致痛物质的析出;(3)地塞米松通过细胞膜提高末稍神经痛阈。

硬膜外给予阿片类药物可产生局麻药样作用,与局麻药合用可增强镇痛效果、延长作用时间。硬膜外注入哌替啶50mg,氟哌利多2.5mg优于静脉或肌注给药,患者呼吸及循环抑制不明显、抗牵拉效果满意、无嗜睡,不良反应少;同时硬膜外氟哌利多能明显地抑制新斯的明的副作用如恶心、呕吐等,与东莨菪碱有协同新斯的明的镇痛趋向。

总之,从临床观察看硬膜外新斯的明+东莨菪碱+布比卡因+地塞米松复合液结合硬膜外应用哌氟合剂,无明显的副作用,术后镇痛效果满意,而且较安全、对下腹部阑尾炎或疝气等短小手术来讲不失为一种好方法,我院已常规用于这类手术后的镇痛。

(收稿:2000-09-29)

"光明工程"实施过程中有待解决的问题

姜 平*

我国是个眼镜大国,据统计全国约有3亿人配戴眼镜。由于各种原因,我国戴眼镜的人数具有逐年上升的趋势,少年儿童配戴眼镜的比例高于成年人,这应该引起我们的高度重视。随着眼镜需求量的增大,眼镜行业迅速发展,年交易已达一亿副左右,年销售总额超过30亿元。近年来,特别是中小学生出现普遍视力下降,为了解决这一社会问题,国家于去年开始实施"光明工程",对全国的眼镜行业进行规范管理,以保证屈光不正的患者得到正确的矫正。"光明工程"要落实到实处,必须解决以下几个问题。

一、宣传发动,以预防为主

健康教育是以健康为目标通过教育活动使人们采取有利于健康的生活方式,以便预防疾病提高生活质量。我们要通过报刊杂志、电视台广泛宣传保护眼睛的重要性,特别是在中小学校开展保护视力的教育活动、提倡正确的坐姿,学习时灯光柔和明亮、不要过长地沉迷于电视和电脑,定时做眼保健操,以此促进广大青少年健康成长、提高人们对视力的保护意识。

二、严格监督、规范市场

为了加强眼镜市场管理,必须在各个眼镜店粘贴"顾客配镜须知"、统一印制《验光单》发放给各店、要求各店每配一副眼镜必须认真填写一份《验光单》、一式两联,一联交顾客,作凭证,一联存根以备查。不定期的组织有关人员对各眼镜店进行监督抽查,发现问题及时责令整改。并对各眼镜店发放年审册。年审时,对各眼镜店的《验光单》填写、从业人员现场操作、计量器具使用和保养情况进行综合考核,进一步规范眼镜市场秩序。根据国家技术监督局抽样调查,眼镜抽样合格率仅为34.6%。大量劣质镜片、不合格眼镜充斥市场,如同假药、劣质药品一样损害人体健康,侵犯消费者的合法权益。整顿眼镜市场,规范眼镜经营、打击假冒伪劣眼镜、提高眼镜行业从业人员素质及消费者的自我保护意识已成为全社会的共识。

三、举办培训班,提高从业人员素质

根据对各眼镜店从业人员的调查,发现他们的文化素质较差,对眼的解剖及眼的生理,眼的光学知识了解甚少,装配眼镜的质量达不到要求。为普及和提高眼镜生产、经销和技术监督人员的专业和专业技术技能,因此有必要对眼镜从业人员加强培训,以最新的科技成果,实用的工艺技术,精确的检测手段,教育培训眼镜生产和营销人员,以及眼镜技术监督人员,以提

* 作者单位:410004 湖南省长沙市湖南医科大学人体解剖学教研室