DOI:10.16016/j.1000-5404.1994.06.032

从表中看出:药物组的病程为1～20 d与21～60 d的总有效数比较 $P<0.01$($\chi^2=8.018$)相差非常显著。HBO+药物组的病程1～20 d与21～60 d的总有效数比较$P<0.05$($\chi^2=4.012$)相差显著。病程为1～20 d的两组总有效数比较$P<0.05$($\chi^2=5.78$),病程为21～60 d的两组的总有效数比较 $P<0.05$($\chi^2=6.300$),均有显著差异。

3 讨论

特发性突聋是耳科常见疾病之一,常在瞬间或数小时内发生不同程度的耳聋,其病因尚不十分清楚,目前认为内耳血流障碍是导致突聋的重要原因,许多急性听力下降的模型建立于高凝状态下的血管栓塞[1]。基于此理论,临床上一般使用改善微循环,增强细胞营养及代谢类药物治疗,但疗效仍不十分理想。

HBO具有提高血氧分压,增加血氧含量、加大氧的有效弥散半径及弥散速度,从而可改善内耳的氧供,防止耳蜗听器毛细胞的变性和坏死[2]。Pilgyamm[3]1987年用实验方法证实了在HBO中豚鼠的内耳中内、外淋巴液氧分压提高。此外HBO治疗还可使血液粘稠度改善,吞噬细胞功能加强,成纤维细胞及胶元纤维增多,从而促进微血管栓塞的解除及侧枝循环建立[2],内耳血循环得到进一步改善,同时也有利于治疗药物进入耳蜗损伤组织,充分发挥其治疗作用。

本文采用HBO配合药物治疗结果表明,本疗法在提高突聋患者的听力,改善耳鸣及眩晕症状方面明显优于单纯药物治疗。从病程与疗效结果显示:HBO配合药物治疗不管对于病程短(1～20 d)的及病程长(21～60 d)的治疗效果均显著好于单纯药物治疗。作者认为,突聋患者一经确诊,在药物治疗的基础上宜早采用HBO治疗,以便进一步提高疗效。因病程长,药物治疗效果不理想的患者,HBO治疗仍有一定的临床价值。对于单纯高压氧治疗的疗效有待更进一步观察。

关键词 高压氧(HBO);聋,突然性/治疗

中图法分类号 R764.437

参考文献

1 涂德根,田兴德.丹参与泛影葡胺治疗特发性突聋的疗效对比分析.临床耳鼻咽喉科学杂志,1992,6(2):107

2 刘子藩,易 治,主编.实用高压氧医学.广州:广东科学技术出版社,1990:538～553

3 Fischer B. Handbook of hyperbaric oxygen therapy. 滕燕生,吕占平,译.高压氧疗法的基础与临床.青岛:青岛海洋大学出版社,1992:330

(收稿:1994-03-07;修回:1994-09-16)

全脾切除或保脾手术治疗良性血液病手术前后处理

Preoperative and postoperative managements for benign hemopathy with total or partial splenctomy

蔡志民 马宏敏 杨新华 韩晓蓉 (第三军医大学西南医院普通外科) 630038

我科自1984～1993年采用全脾切除或保脾手术治疗良性血液病20例。现就手术前后处理问题作初步探讨。

1 临床资料

良性血液病20例,男性14例,女性6例。年龄21～46岁,平均28岁。其中ITP 11例,均有齿龈出血和皮下紫癜;溶血性贫血和原发性脾亢9例,血红蛋白均在70 g/L以下;病史5月至10年。20例患者先后在我院门诊或住院。经过血液科应用激素或输血或输血液制品治疗3个月以上疗效不佳,又无手术禁忌症者,采用手术疗法。术前准备输全血16例,输血浆10例,输血小板混悬液4例,全身情况均得到了改善。术前3 d预防性应用激素治疗及抗生素。术式:全脾切除7例,脾切除加自体脾组织移植9例,脾大部切除4例。术式指征和方法:脾大500 g以上伴脾亢行脾大部切除,保脾约100 g左右;脾重150～500 g者行脾切除加自体脾块移植术,移植脾块1 cm×0.5 cm植入大网膜网袋中;脾重在150 g以下而伴有明显脾功能亢进行全脾切除术。

2 手术前后处理

2.1 纠正出血倾向

8例术前Hb<50 g/L者输血300～900 ml;5例凝血酶原时间延长4 s以上者用维生素K_1 10 mg IM 2/日,治疗到接近正常值;4例血小板计数10×10^9/L～20×10^9/L患者输血小板混悬液200～400 ml。

2.2 应用肾上腺皮质激素治疗

术前按内科治疗量维持,一般口服强的松30～60 mg/日。术后头4 d分别应用地塞米松20 mg、10 mg。

2.3 加强抗感染处理

术前1 d,术后1周应用氨苄青霉素每日6 g和灭滴灵每日1 g。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3 治疗效果

本组手术20例，12例术后1周血小板在90×10^9/L～65×10^9/L，另外8例在60×10^9/L，均无出血倾向。本组无死亡和感染性并发症。

3 讨论

在良性血液病中ITP是一种自体免疫性疾病。用肾上腺皮质激素治疗可缓解病人的症状，但治愈很困难。脾切除可以消除滞留及破坏血小板的主要场所，又可消除产生抗自身血小板抗体的主要部位，所以脾切除对治疗ITP有肯定的效果[1]。但切脾后有暴发性感染的可能。所以近年来我们对良性血液病采用脾次全切除或脾移植的方法来保留脾部分正常功能，减少部分脾切除后感染。良性脾切除与门静脉高压脾切除术不同。具有它的特殊性。现就围手术期几个问题讨论如下：

(1)术前对有严重出血倾向，凝血酶原时间延长者，肌注维生素K_1，本组共5例；对血小板减少者输注血小板混悬液；对严重贫血者输出600～900 ml。20例患者出血倾向均明显控制，顺利施行了手术。我们体会到，术前术后根据检查结果，分别输血，血小板及肌注维生素K_1以纠正贫血，改善出血倾向是手术成功的关键。

(2)应用激素[2]。我们收治的20例病人均应用过激素治疗，有的效果不满意。本组患者术前应用激素最长7年，最短1年。由于患者长期以来对激素的依赖性以及肾上腺皮质长期受抑制，使患者对手术的应激能力明显降低，极易出现肾上腺皮质功能不足，甚至发生肾上腺危象。我们对20例患者术前1 d均应用地塞米松10 mg，手术日当天应用地塞米松20 mg，术后第1天20 mg，第2天10 mg，第3天5 mg，第4天5 mg。以后改口服强的松维持8周。剂量分别为第1周10 mg 3/日，第2周10 mg 2/日，第3周10 mg 1/日，第4周5 mg 1/日，第6周至8周均口服强的松5 mg 1/日。

(3)预防性应用抗生素。脾切除无疑造成病人免疫功能低下，容易发生感染并发症，主要是肺部感染。我们采用氨苄青霉素来预防。一般术前1 d静滴氨苄青霉素3～5 g，术后5 d内每天用氨苄青霉素5 g、地塞米松5 mg、庆大霉素8万单位加至生理盐水100 ml配制溶液，蒸气雾化吸入。20例患者经我们处理均未发生肺部感染。

(4)手术中脾床及残脾残面渗血是术后膈下积液感染的主要原因。我们施全脾切除术时，创面出血，渗血面应用缝扎方法止血，后腹膜创面腹膜化消灭残面。脾次全切除患者残脾切面部位缝扎止血，脾包膜包埋。遇有渗血较多，临床应用凝血酶涂残面，血止后再缝合关闭残面，不留死腔。固定残脾防止脾扭转。在脾移植病例移植于网膜袋内时要缝合严密，防止脾块漏出。防止缝合过程中将大网膜血管缝扎致网膜坏死。由于采取以上措施，术后未发生脾窝内积液、感染和游离脾块脱落坏死。

(5)术后48 h内拔除引流。引流管放置脾窝处，管长1 m，直径0.5 cm。因为引流管较长，引流液不易逆流回脾窝造成感染。20例手术病例均在48 h内拔除引流管。我们体会到，引流管引流48 h内基本能通畅，引流脾窝内积液和积血。如果放置引流超过48 h，脾窝感染的机会明显增加，这一点已有文献报告。

关键词 脾切除术；血液病

中图分类号 R657.6

参考文献

1 陈易人，周世南，李德春. 常见血液病的脾切除治疗. 实用外科杂志，1986，6：407

2 刘保池，李建章. ITP脾切除的围手术期治疗. 中华外科杂志，全国普外手术前后处理学会专辑，大连，1988：70～71

(收稿：1994-05-13；修回：1994-10-04)

羊膜腔内输液治疗羊水过少症30例分析

Therapeutic saline infusion into mniotic cavity in 30 cases of oligohydramnios

阳光珍 谯淑平 (第三军医大学西南医院妇产科) 630038

羊水过少症是一种妊娠期的并发症，近年来由于B超的应用，发现率增高。在羊水过少症中，由于胎儿

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net