

护了椎旁肌的正常生理特性,降低了术后腰背痛的发生率。

3.3.2 对于椎弓根螺钉术的优势更明显,椎旁肌间隙入路可直接到达内固定处,而传统入路将椎旁肌从棘突和椎板上剥离向两侧牵开,属于间接显露,因此椎旁肌间隙入路操作更简单,显露更清楚,出血更少,创伤更小,手术时间更短,符合现在倡导的微创手术的理念。另外,许多胸腰椎骨折患者合并脊髓神经损伤,前次行椎弓根螺钉系统内固定手术的同时行椎管减压,病椎的棘突和椎板已切除,传统入路从后正中将椎旁肌从棘突和椎板上剥离时,在原开窗减压区上方操作,可能损伤脊髓神经,而经椎旁肌间隙入路直接到达内固定表面,操作时不接触正中椎板缺损区,所以不会损伤脊髓神经^[3]。

综上所述,只要适应证把握准确,解剖知识扎实,操作清晰,经椎旁肌间隙入路在脊柱外科后路手术中与传统入路相

比,优势明显,是值得临床应用的一种实用手术入路。

参考文献

[1] 范顺武,胡志军,方向前,等.小切口与传统开放术式行后路腰椎椎体间融合术对脊旁肌损伤的对比研究[J].中华骨科杂志,2009,29(1):1000-1004.

[2] 李楠,张贵林,田伟,等.经椎旁肌入路治疗胸腰段椎体骨折[J].中华骨科杂志,2008,28(5):381-383.

[3] 张永宏.经椎旁肌间隙入路胸腰椎弓根内固定取出体会[J].骨与关节损伤杂志.2009,24(9):844-846.

(收稿日期:2010-07-21)

血浆冷沉淀用于腮腺切除术 30 例临床观察

涂红琴,周显洪(湖北省汉川市人民医院 431600)

【摘要】 目的 观察血浆冷沉淀用于腮腺切除术时对术后并发症的影响。**方法** 选取 2004 年 1 月至 2009 年 5 月 60 例腮腺良性肿物的病例,进行常规改良切除术,术中 30 例使用血浆冷沉淀制剂,观察术后并发症发生情况,并与未用血浆冷沉淀制剂组对比分析。**结果** 血浆冷沉淀制剂用于腮腺切除术,术后并发症减少,患者疼痛减轻,术后加压时间大大缩短。**结论** 血浆冷沉淀用于腮腺切除术有利于减少并发症及患者痛苦。

【关键词】 血浆冷沉淀; 腮腺切除术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.053
中图分类号:R781 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2010)22-2524-02

本院于 2004 年 1 月至 2009 年 5 月对腮腺切除术患者 30 例使用冷沉淀制剂,对减少术后并发症发生起到了较好的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 实验组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 28~68 岁;对照组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 30~70 岁;上述均为腮腺改良切除术患者。

1.2 材料 血浆冷沉淀制剂由孝感市中心血站采购并制备分装。血浆制品输血前 HBsAg、抗-HCV、抗-HIV、RPR 检测阴性,ALT 检测正常。

1.3 方法 血浆冷沉淀一般要求在一 22 ℃ 冰箱中保存。将分装好的冰冻血浆冷沉淀制剂解冻,用注射器吸取放置在支架上,再将注射器针安装在连接针座的锥头上,使用时缓慢推动注射器支架备用。腮腺切除后,彻底止血,分层缝合,但不必过于致密,尽量减少缝线刺激,在腔内缓注溶解后的冷沉淀,根据术区大小一般为 2~3 mL。术后置入引流条,加压包扎 3~5 d。对照组术后彻底止血,分层缝合,置入引流条,加压包扎 1~2 周,两组均常规给予抗感染药物及神经营养药物。

2 结 果

实验组 30 例患者术后 48 h 平均引流量为(100±10)mL,对照组 30 例术后 48 h 平均引流量为(210±20)mL,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。未发现实验组感染、发热和过敏性疾病等。

水肿、渗出、积液和解除加压时间上两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。术后感染、暂时性面瘫的发生比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组术后并发症及加压情况对比(n)

项目	实验组	对照组
水肿严重	0	7
第 3 天伤口渗出	1	6
拆线时积液	0	5
暂时性面瘫	0	1
伤口感染	2	1
第 5 天后解除加压	30	0

3 讨 论

血浆冷沉淀富含纤维蛋白原(Fbg)、凝血因子Ⅷ(FⅧ)、血管性血友病因子(vWF)、纤维结合蛋白(Fn)和因子Ⅻ(FⅫ)、凝血酶和钙离子等血浆成分。

血浆冷沉淀具有良好的止血、封闭作用。当凝血酶与黏合蛋白混合时,纤维蛋白原肽链 A、B 被凝血酶水解后形成纤维蛋白单体,后者疏松聚合形成网状结构而将血细胞网住以发挥止血作用。疏松聚合的纤维蛋白单体在被激活的第Ⅻ因子和钙离子作用下,形成稳定的多聚纤维蛋白纤维,再进一步聚合成强力的纤维蛋白丝网,直接封闭受损血管组织,与此同时,成纤维细胞和毛细血管内皮细胞受血浆冷沉淀刺激而增殖,以纤维蛋白网为基质形成肉芽组织,当纤维蛋白逐渐降解后,这些细胞便发挥正常组织的功能。

血浆冷沉淀制剂中的主要成分纤维结合蛋白(Fn)又称细胞扩散因子,生物胶,也有称细胞表面蛋白,细胞黏附蛋白者,血浆正常含量 294~407 μg/mL,其他组织亦大量存在,尤以冷

沉淀时中最高,Fn 是一种高分子糖蛋白,具有多种生物学功能,对细胞生长、黏附、消炎、促进创面愈合都有重要作用,临床应用日趋广泛^[1]。其促进创面愈合的机制为,一方面 Fn 提供上皮细胞黏固的物质结构基础,另一方面其提高单核巨噬细胞系统功能产生抗感染、消炎作用,为上皮细胞修复创造条件。Fn 人工合成尚未成功,但成分输血的全面推行提供了获得途径。血浆 Fn 处于可溶状态,可以结合、黏附于细胞表面及间质,达到创面愈合的治疗效果。

296 例急性缺血性脑卒中的误诊分析

赵良兵,王化东(江苏省睢宁县人民医院 221200)

【摘要】 目的 探讨基层医疗机构对急性缺血性脑卒中不正确的诊治情况。**方法** 依据目前我国的脑血管病防治指南,对江苏省睢宁县人民医院 2009 年 1 月至 2010 年 1 月收治的 296 例在乡镇及社区初步治疗的急性脑梗死患者不正确的诊治作回顾性分析和评述。**结果** 绝大多数患者没有得到正确的诊治。**结论** 在基层医疗卫生机构加强中国脑血管病防治指南的宣讲和推广,使急性缺血性脑卒中早期得到合理的诊治非常必要。

【关键词】 急性缺血性脑卒中; 中国脑血管病防治指南; 基层医疗机构; 错误诊治
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.054
中图分类号:R743 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2010)22-2525-02

中国是脑血管病的高发国家,据统计我国每年新发病例 250 万,每年死于脑卒中 150 万,现有病例 700 万,约 2/3 留有不同程度的残疾。因此正确的诊治和预防极为重要。虽然国家的卫生部门投入大量的人力和财力,制订了一系列的诊疗指南及专家共识,但很多是针对专科医生,所以很多基层医院的医生,特别是乡镇社区医生不了解或知道甚少,而他们是健康教育及防治的重要力量,笔者就 2009 年 1 月至 2010 年 1 月本院收治的急性脑梗死患者 560 例,其中在乡镇社区初步诊治的有 296 例,占 52.86%。根据 2005 年的《中国脑卒中防治指南》^[1]及《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2]的相关内容,就笔者了解到的不规范的治疗作评述,目的是提高基层卫生机构的诊治水平,使急性脑梗死患者得到合理正确的诊治,减少其病死率及致残率。

1 甘露醇的使用不规范

233 例(78.38%)患者使用甘露醇,其中 212 例(91.38%)首先予 20%甘露醇静点,且甘露醇用量过大、用时过长。脑梗死后是否使用甘露醇主要依据临床类型,尤其是病灶大小、脑水肿的程度来决定。对于小梗死、腔隙性梗死不需要使用。应用甘露醇脱水后加重了高渗状态,从而使病情进一步加重导致梗死进展。且大剂量、长时间使用还可引起电解质紊乱、肾功能衰竭、酸中毒等。因此建议在较大面积的脑梗死患者使用。

2 高血压的控制不当

112 例(37.84%)患者予心痛定(硝苯吡啶)含服或利血平肌注等使血压下降过快,易导致患者的病情加重。急性脑梗死后梗死区局部脑血流自动调节功能缺陷,使缺血半暗带血流更依赖平均动脉压。血压升高是机体代偿性反应,故不主张积极降压治疗,以便维持适度的脑灌注压。因此,对以往有高血压史者,控制收缩压的标准为 180 mm Hg,舒张压为 100~105 mm Hg。反之,以往无高血压者,轻度血压升高(收缩压 160~180 mm Hg,舒张压 90~100 mm Hg)是有利的,但是血压极度升高(收缩压大于或等于 200 mm Hg;舒张压大于或等于 110 mm Hg)是进行早期治疗的标准。脑血管病合并高血压

由于血浆冷沉淀制剂来源容易,对腺腺切除术后后的愈合有明显的促进作用,使用方便,值得在基层医院推广使用。

参考文献

[1] 马印图,李莉华.冷沉淀的临床应用现状[J].华北国防医药,2003,15(2):129-130.

(收稿日期:2010-06-19)

的处理原则是:(1)积极平稳控制过高的血压。(2)防止降血压过低、过快。(3)严密监测血压变化,尤其在降血压治疗过程中。(4)降血压宜缓慢进行,因为此类患者的血压自动调节功能差,急速大幅降血压则易导致脑缺血。(5)降血压要个体化治疗,因为每个患者的基础血压不同,对原有降血压药物敏感性不同,以及合并其他不同的疾病等。(6)维持降血压效果的平稳性,一般主张采用长效降血压药物。(7)在降血压过程中应注意靶器官的保护,尤其是脑、心、肾。因为有些患者随着血压的快速下降会出现神经功能恶化,所以应避免舌下含服硝苯吡啶和其他能导致血压迅速下降的降压药。

3 阿司匹林使用不规范

296 例患者有 78(26.35%)例使用阿司匹林,其中阿司匹林剂量大于或等于 150 mg/d 仅 15 例(5.06%)。因基层医院大多不具备溶栓的条件,故对无明确禁忌症的缺血性脑卒中患者应尽早给予 150~300 mg/d。急性期后(2~4 周)可改为 50~150 mg/d 的预防量。

4 不重视短暂性脑缺血发作(TIA)

296 例患者中有 43 例(14.53%)初期为 TIA 样发作,未能给予正确的评估和规范的治疗。主要误区是低估、误判、无急诊意识等。TIA 出现早期卒中的风险,7 d 内为 8%,30 d 内为 10%,90 d 内为 10%~20%(平均为 11%),而急性卒中 90 d 卒中复发的风险为 2%~7%(平均 4%)^[3]。中国脑血管病将 TIA 定义为由颅内血管病变引起的一过性或短暂性、局灶性脑或视网膜功能障碍,不遗留神经功能缺损症状和体征,CT、MRI 检查无责任病灶。临床症状一般持续 10~15 min,多在 1 h 内,不超过 24 h。脑梗死和 TIA 的区别点是 CT、MRI 检查有无责任病灶。有人提出 1 h 的概念,主要是为了强调脑梗死的早期处理。事实上,如果较严重的局灶型症状超过 1 h 而无缓解或继续进展,就具有了再灌注治疗的适应证。而如果症状持续超过 1 h,但此刻已开始减轻,即使的确是脑梗死,也不适合溶栓,其抗栓治疗与 TIA 没有实质的不同。TIA 患者应尽早予阿司匹林抗血小板治疗。推荐剂量为 50~300 mg/d。