

感染主要由 Uu 引起, Mh 单独感染较少, 常与 Uu 合并感染。

药敏试验结果显示, 支原体对交沙霉素、强力霉素、美满霉素的敏感性较高, 分别为 89.9%、85.6%、68.9%, 对环丙沙星、罗红霉素、阿奇霉素耐药率最高, 分别为 87.1%、68.5%、61.5%。说明本地区支原体阳性患者治疗时应首选交沙霉素、强力霉素、美满霉素进行治疗, 不宜将环丙沙星、罗红霉素、阿奇霉素作为治疗的一线用药。

随着抗菌素的广泛应用, 支原体对抗菌素的耐药性, 尤其是多重耐药现象也在急剧增加, 必将给社会带来很大的危害, 应当引起全社会的关注^[4]。临床医生在治疗支原体感染使用抗菌素时, 应先进行支原体培养及药敏试验, 尽量参照药敏试验结果治疗, 应避免经验用药或采用联合用药的方法, 以提高疗效与治愈率, 防止耐药菌的传播。

微创治疗高血压脑出血 200 例

钟 华(重庆市南川区人民医院神经内科 408400)

【摘要】 目的 探讨微创颅内血肿清除术在治疗高血压脑出血中的应用、疗效, 总结经验, 从而提高治疗水平。**方法** 微创颅内血肿清除术使用北京万特福公司生产的 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针穿刺; 配合血肿腔内注射尿激酶清除颅内血肿。**结果** 治疗 200 例, 生存 173 例, 病死 27 例(13.5%)。术后随访 6 个月, 按 ADL 日常生活能力分级评定Ⅰ级 40 例, Ⅱ级 66 例, Ⅲ级 41 例, Ⅳ级 21 例, V 级 5 例。**结论** 微创颅内血肿清除术治疗脑出血, 简便易行, 安全有效, 能有效降低病死率和致残率, 提高生存质量, 适合在拥有 CT 的各级医院广泛推广、使用。

【关键词】 脑出血; 微创; 尿激酶; 血肿清除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.056 文献标志码: B 文章编号:1672-9455(2011)12-1514-02

高血压脑出血是中枢神经系统常见疾病, 本院于 2005~2010 年根据 CT 定位, 应用微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血 200 例, 该技术以创伤轻微, 操作简便, 安全可靠等特点充分显示了其优越性, 明显降低了病死率和致残率, 取得良好疗效。现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部病例符合全国第 4 届脑血管病会议修订的脑出血诊断标准, 并经头颅 CT 确诊。200 例中男 136 例, 女 64 例, 年龄 38~80 岁, 平均 58 岁, 高血压史 1~30 年, 平均 5 年, 术前 GCS 评分: 13~15 分 41 例, 8~12 分 107 例, 5~7 分 52 例。

1.2 手术时机 发病至手术时间小于 6 h 5 例, 6~12 h 112 例, 12~24 h 67 例, 大于 24 h 16 例。

1.3 血肿部位及出血量 本组均经头颅 CT 扫描确诊: 血肿位于基底节 108 例, 脑叶皮质下 64 例, 丘脑 28 例。出血量按 $T = \frac{\pi}{6} \times \text{长轴} \times \text{短轴} \times \text{层面}$ 计算: 出血量 30~40 mL 89 例, 40~60 mL 54 例, 60~100 mL 24 例, 100 mL 以上 11 例, 小脑出血 10~30 mL 6 例。

1.4 手术方法 应用北京万特福公司生产的一次性使用 YL-1 型颅内血肿穿刺粉碎针, 根据 CT 扫描基线确定血肿最大层面, 血肿中心与颅表最近点, 避开脑膜中动脉及外侧裂血管。选择合适长度穿刺针及针芯, 直接经头皮垂直钻进入血肿中心, 穿刺针固定在颅骨上, 退出针芯, 拧紧盖帽, 侧孔接引流管, 对发病 6 h 内抽吸血肿量的 1/2 或 1/3, 6 h 后抽吸血肿量的 2/3 或全部, 插入针型血肿粉碎器, 反复用生理盐水冲洗创腔, 待冲洗液基本清亮后, 手术结束。术毕持续开发引流, 次日血肿腔内注入生理盐水 3~5 mL 加尿激酶(2~5 万单位), 保留

参考文献

- [1] 董剑文. 女性生殖道支原体感染状况及药敏结果分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(31): 3889-3890
- [2] 张贤华, 方萍, 万雄萍, 等. 泌尿生殖道支原体感染现状及药敏结果分析[J]. 检验医学杂志, 2008, 23(1): 84-86.
- [3] 陈东科, 陈丽, 胡云建. 泌尿生殖道支原体感染趋势及耐药性分析[J]. 中华检验医学杂志, 2006, 29(2): 170-172.
- [4] 姜爱华. 濮阳市泌尿生殖道感染患者支原体耐药监测[J]. 社区医学杂志, 2008, 6(11): 9-10.

(收稿日期: 2011-03-03)

6~8 h 后放开引流, 每天 2~3 次。术后 1、3、5 d 复查头颅 CT。动态观察血肿清除及脑部受压情况, 确诊血肿消失即可拔管, 一般 2~5 d。

2 结果

本组 200 例患者死亡 27 例, 病死率 13.5%, 存活 173 例, 119 例于 3~4 d 完全消除血肿, 54 例 5~7 d 内基本清除血肿、对存活的 173 例患者随访 6 个月, 术后功能恢复按照日常生活能力 ADL 分级, 其中Ⅰ级 40 例, Ⅱ级 66 例, Ⅲ级 41 例, Ⅳ级 21 例, V 级 5 例。

3 讨论

高血压脑出血是起病急, 病情重, 病情变化最复杂, 并发症多, 伤残和病死率高的疾病之一。开颅手术治疗病死率达 20%~60%, 生存者重残率 50% 以上^[1]。本组 200 例患者死亡 27 例, 重残 52 例, 重残率 30%, 与开颅手术相比创伤小, 操作简便, 不受年龄及出血量限制, 特别适用于基层医院^[2]。早期采用颅内血肿清除术这一适宜技术, 有效降低颅内压, 解除血肿对重要组织、神经中枢的压迫, 阻断危及生命的恶性循环和继发性脑损伤, 配合综合治疗, 达到挽救生命, 提高生存质量的目的。

3.1 手术时机的选择 手术时机是影响手术效果的重要因素, 手术时机以早期 6~24 h 为宜。脑出血后由于血肿占位和继发性脑水肿引起急性颅内压增高, 导致脑干受压或脑疝。这是早期死亡原因之一。因此, 迅速有效的解除急性颅内压增高是治疗成功的关键。有些学者提出可早期或超早期(6~7 h) 以内手术, 但前 6 h 内患者多有躁动及血压偏高等症状, 且破裂血管闭合不全, 容易再出血, 治疗风险增大; Morgenstern 等^[3]发现, 症状出现 4 h 内手术清除血肿, 血肿腔减压后发生再出血可能性大, 而发病 6 h 后进行手术, 其安全系数增高, 故

而不主张超早期手术。吴海滨等^[4]认为手术时机选择在发病后 7~24 h 进行,其手术疗效较好,术后颅内再出血风险及并发症发生率较低,是最佳手术治疗时间窗。

3.2 手术治疗流程,方法 颅内血肿穿刺成功后,每天需要重复 2~3 次冲洗液化,每次必须进行先缓慢抽吸血肿→冲洗血肿→注入液化剂→闭管,开放引流的流程。每次冲洗前先较慢慢抽吸已经液化的血肿,颅内血肿 2~3 d 即可得到完全清除,提高血肿清除率,缩短血肿清除时间,为简化操作程序,每次冲洗结束后保留针型粉碎器,经粉碎器注入尿激酶(2~5 万单位)3~5 mL,保留 6~8 h 后开放引流。经粉碎器注入尿激酶能均匀喷洒于血肿腔四周,使血肿液化更彻底,避免了针型粉碎器反复冲洗浸泡消毒,能预防颅内感染。

3.3 术后再出血的原因及防治 (1)超早期手术,抽吸负压过大或抽吸过量。有 2 例患者出血量约 30 mL,因急于将血肿彻底清除,抽吸过快,负压过大导致再出血,转开颅后,抢救无效死亡。作微创颅内血肿清除术不能操之过急,必须缓慢抽吸,避免抽吸负压过大或抽吸过量导致再出血;(2)定位不准和穿刺方向有误,造成穿刺针进入脑组织或血肿边缘损伤非出血主 动脉,本组有 6 例患者因穿刺针位于血肿边缘,抽吸时导致再出血后转为手术开颅治疗,术后患者昏迷偏瘫,严重致残;(3)血压高。研究表明,术前和术后收缩压持续高于 200 mm Hg 的患者再出血发生率明显高于收缩压低于 200 mm Hg 的患者,急性脑出血早期血压过高,是一种代偿性反应,颅压降低后血压有所下降,发病 7~14 d,血压趋向正常。因此,急性脑出血后应首先降颅压,慎用静脉降压药。

基层医院多发伤早期救治体会

马培炳,刘 燕(重庆市忠县磨子土家族乡卫生院 404300)

【摘要】 目的 探讨基层医院多发伤救治模式的疗效。**方法** 对 2007~2010 年 68 例多发伤救治资料进行回顾性分析。**结果** 救治成功 52 例(76.47%),死亡 16 例(23.52%)。**结论** 基层医院是多发伤第一救治场所,阶梯救治网络、技术能力保证、合理程序、安全转送是提高其救治成功率的保证。

【关键词】 多发伤; 网络救治; 基层医院

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.057 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)12-1515-02

随着交通、工矿业的发展,多发创伤病例明显增多。本院就诊率较 3 年前增加 40%以上且伤情也明显加重。作为基层医疗机构有其特殊的一面,如何发挥基层医院在创伤(多发伤)救治中的重要作用,提高其整体救治成功率。就本院 2007~2010 年救治情况特此总结,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 68 例,男 46 例,女 22 例;年龄 11~82 岁,平均年龄 34.6 岁。工伤评分均大于 17 分、平均 24.8 分、>25 分患者 28 例。受伤原因:车祸伤 41 例(>60%)、坠落伤 17 例、压榨伤 5 例、刀刺伤 3 例、钝器击伤 2 例。损伤部位:颅脑伤为主 25 例,四肢伤为主 19 例,胸伤为主 12 例,脊柱骨盆伤为主 5 例。其中机体 3 处以上损伤 47 例(69.1%)、休克 43 例(63.23%)、低氧血症、呼吸功能障碍 23 例(33.8%)、开放伤 29 例,主要为四肢、颅脑伤。

1.2 方法 现场救护:按信息到达现场平均时间 13 min。本组救治半径 23 km。救护车有医师、护士各 1 人。完成止血、包扎、固定、吸氧建立通道,及时通报伤情。现场救助 39 人,其

总之,术前 GCS 评分、出血量、手术时机、再出血是影响微创治疗高血压脑出血的指标,陈光荣^[5]研究表明,血肿量大于或等于 80 mL,且穿刺时间超 12 h 者病死率高,后遗症中。基底节出血致下丘脑功能紊乱产生严重并发症,与内囊关系密切,后遗症重;本组死亡 23 例,出血量均大于 80 mL。发病后意识状态:昏迷越深者,并发症越多,预后差。手术前后血压控制是防止再出血关键。

参考文献

- [1] 王忠诚.神经外科学[M],武汉:湖北科技出版社,2005:865.
- [2] 赵继宗,周定标,周良辅,等.2 464 例高血压脑出血外科治疗多中心单盲研究[J].中华医学杂志,2005,85(32):2238-2242.
- [3] Morgenstern LB, Demchuk AM, Kim DH, et al. Rebleeding Leads to poor outcome in ultra-early craniotomy for intracerebral hemorrhage[J]. Neurology, 2001, 56(10):1294-1299.
- [4] 吴海滨,陈军,李爱民,等.高血压脑出血手术时机规范化研究[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(7):28-29.
- [5] 陈光荣.微创治疗高血压脑出血疗效分析[J].实用医学杂志,2001,17(9):886-887.

(收稿日期:2011-03-04)

他车辆送达 29 人,其中完成止血、包扎、固定、吸氧输液达 35 人。早期分诊:急诊科接诊复苏,生命征不稳送急诊复苏室 31 人。早期止血清创外固定,闭式引流、剖腹探查 52 人。通报上级医院及本院支持 28 人次。救治中完成 CT、CR、B 超、生化、心电图达 100%。5 h 内转诊 7 人,以重型颅伤胸伤为主。24 h 内转诊 21 人,5 d 内转诊 7 人。

2 结 果

抢救成功 52 例(76.47%),死亡 16 例(23.52%)。主要死亡原因:胸腹腔脏器损伤大出血,重度休克 6 例,特重型颅脑损伤 4 例,脊柱骨盆损伤 2 例,重度休克感染伴呼吸循环衰竭 4 例。

3 讨 论

3.1 严重多发伤救治网络的时效性 创伤患者第一救治者绝大多数是基层医院人员。由于卫生事业的发展,目前基层医院配备了专业急救车及专用设备,通讯也得到满意覆盖^[1]。其急救人员都接受了基本扎实的急救技术训练,并在实践中得以提高。使之能快速到达现场并施救。(1)做到生命征确定、呼吸