

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。

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)

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

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

道畅通。(2)止血和包扎稳定固定。(3)第一时间反馈伤员数及伤情。(4)尽快建立输液通道和生命征监测。(5)到院后视伤情做相关辅助排查(CT、CR、B超)及进一步生命支持及病情稳定。并将获得资料通知相应上级医院汇报,以求尽快指导抢救方法或派相关医生来院指导救治和手术。必要时还可以越级转送伤员,尽快尽可能得到专科治疗^[2]。必然会提高救治成功率和降低伤残率。本院资料显示成功率由原小于 50% 提高到 76.47%。作者认为,严重创伤阶梯网络救治模式是重要因素之一。

3.2 设备、技术提高是成功率提高的重要支持 近年来加强了基础医院设备投入,如救护车、急救基本器材、彩超、B超、CT、CR、自动生化仪、监护仪、乃至急诊抢救室、手术室的建立。由于设备等更新推动了学术、技术学习的积极性,网络阶梯的推动下,基层医院在诊断能力、救治技术、运行模式有了质的飞跃^[3]。对患者现场救治、检查、确诊能力有了较大提高,伤情评估、转送支持、重症监测乃至生命的高级支持有了明显提高,如气管插管、胸腔闭式引流、剖腹探查、四肢清创、止血外固定治疗基本已开展。为伤员生命支持、安全转送创造了条件。

3.3 坚持全科医师理念逐步提高专科医师发展 基层医院条件技术依然有限,难以达到专科医院水准,但医务人员坚持创伤外科医师立足全科医师的理念和要求^[4]。使之有全面应对伤者的理念去诊疗伤者,综合评估和紧急救命处置,减少误诊、漏诊率,安全转送达 100%。

同时在阶梯网络中上级医院的帮助指导使本院医生能有更多机会涉足专科治疗。也提高了医护人员的积极性,结合其他,如进修、学习班、讲座及上级医院专科医师来院指导和代检查手术等手段,提高本院医师的专科治疗水平。促进基层医院的全面提升。

工业交通的迅速发展,本地的创伤发生率明显增加,伤情明显加重,以多发伤为主的伤员救治越来越提到重要议程上。基层医院在应对以上挑战、探索着更适应更有效的模式也是基层医务人员的工作重点。

参考文献

- [1] 陈代昌. 多发伤救治面临的挑战[J]. 中华创伤杂志, 2004, 20(1): 5-6.
- [2] 何志杰. 创伤急救的新概念-白色 10 分钟[J]. 解放军医学杂志, 2004, 29(11): 1009-1010.
- [3] 郑国寿, 白祥军. 多发伤患者危险因素分析[J]. 中华创伤杂志, 2008, 24(2): 100-102.
- [4] 涂速释, 马茂, 沈伟锋, 等. 严重多发伤患者确定性治疗前时间与预后的关系[J]. 中华创伤杂志, 2008, 24(2): 88-91.

(收稿日期: 2011-04-09)

真菌感染股癣诊断性回顾分析

李长如, 陈灵敏, 曾秋林, 魏立萍(江西省南昌市洪都中医院 330008)

【摘要】目的 探讨股癣感染的病原体。**方法** 对门诊皮肤科就医的 69 例的股癣患者, 直接在患处刮取鳞屑于载玻片上, 进行染色镜检或真菌培养。**结果** 门诊可疑股癣的 69 例的患者, 在患处刮取鳞屑在载玻片上进行直接涂片染色或培养, 得出 68 例真菌阳性, 阳性率达 98.6%。由此可见, 股癣是有真菌感染所致。**结论** 正确的诊断是治疗的关键, 诊断明确, 缩短了患者的诊疗时间, 解除了患者的痛苦, 达到治愈效果。

【关键词】 真菌; 股癣; 感染; 诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)12-1516-02

股癣作为人群常见病, 近年来有日趋扩大之势, 目前我国对其诊断方法和治疗方法标准不统一, 对该病的诊断存在准确率不高等问题, 本文通过对 2009 年 1 月至 2010 年 6 月期间来本院就诊的股癣患者进行医学统计分析, 回顾性地对该类病的病因及诊断作了详细探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2009 年 1 月到 2010 年 6 月门诊皮肤科就诊的患者, 年龄在 14~50 岁, 平均年龄为 32 岁, 病例 69 例, 男 60 例, 女 9 例, 无其他疾病的患者。

1.2 方法

1.2.1 标本的采集 直接在患处刮取鳞屑于载玻片上, 滴 10% 氢氧化钾后盖上盖玻片, 在酒精灯上加热以溶解角质, 镜下查菌丝和孢子。

1.2.2 真菌的培养 将鳞屑接种在含氯霉素-放线菌的沙堡培养基中室温培养, 3~5 d 后可长出菌落, 根据菌落形态作生化反应进一步培养鉴定菌种。

1.2.3 临床症状与表现 主要症状局部瘙痒明显。股癣刚开

始时, 为丘疹、水疱或疱疹、结痂。组成圆形或类圆形的红斑, 中央部位可自愈, 有色素沉着或脱屑, 日久由于搔抓可引起苔藓化。严重者波及股内侧、会阴、肛门、阴茎根部等处。

2 结果

门诊可疑股癣的 69 例的患者, 在患处刮取鳞屑于载玻片上进行直接涂片染色或培养, 得出 68 例真菌阳性, 阳性达 98.6%。由此可见, 得出结论, 股癣感染是有真菌感染所致, 与以往报道相符。

3 讨论

股癣主要累及腹股沟、下腹部、肛周及臀部, 阴囊及阴茎一般不受累; 刚开始时, 为边缘清晰、稍微隆起的红斑, 渐渐扩大, 自觉痒, 渐渐由红色转为紫红色、褐色或肤色^[1]。借用检验作进一步的确诊, 血常规检查部分嗜酸性细胞稍微偏高, 一般都正常, 鳞屑检查找到菌丝, 真菌培养作出更明确的诊断, 69 例的患者中, 真菌培养阳性达 98.6%, 对诊断起到了关键的作用。

股癣由真菌引起的, 具有传染性, 故和其他癣病一样, 必须