

哌替啶是一种人工合成镇痛药,激动中枢阿片受体,产生镇痛,其镇痛作用持续 2~4 h,可兴奋平滑肌,松弛宫颈,但不能对抗催产素兴奋子宫的作用,用于分娩止痛并不延长产程<sup>[6]</sup>,临床产科常用于不协调性子宫收缩过强。故当引产中出现规律宫缩后肌肉注射哌替啶 100 mg,常常能使患者疼痛减轻,情绪稳定,又不影响子宫正常收缩,有效避免了宫颈裂伤、子宫破裂等并发症发生。

本组资料表明,两组引产有效率差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组注药后宫缩发动时间、宫颈成熟度、整个产程时间及产后出血量比较差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。对照组由于宫颈不成熟,宫缩发动及产程时间长,孕妇疼痛剧烈,有 12 例采用干预措施;观察组因宫颈成熟好,宫缩发动时间短,产程中宫缩与宫颈扩张同步进行,从而使产程明显缩短,孕妇无剧烈疼痛及并发症发生。因此米非司酮联合利凡诺、哌替啶终止疤痕子宫中、晚期妊娠明显增加了引产的安全性和有效性。

## 参考文献

- [1] 王春波,郭新华,刘静. 妇产科用药速查[M]. 北京:科学技术出版社,2006:288.
- [2] 李春玲. 米非司酮配伍利凡诺用于中孕引产的疗效分析[J]. 实用诊断与治疗杂志,2005,19(2):903-904.
- [3] Keirse M. Induction of labor; special issues[J]. Excerpt Med Tokyo,1999,8:104-112.
- [4] 黄露. 米非司酮用于足月妊娠引产的疗效观察[J]. 中华现代中西医杂志. 2004,2(8):750-751.
- [5] 张莉嘉,韩学军,苏慧. 米非司酮在利凡诺引产中的应用[J]. 中国计划生育学杂志,1998,6(8):363-364.
- [6] 丁全福. 药理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:89.

(收稿日期:2011-03-10)

## • 临床研究 •

# 微创手术治疗基底节区脑出血 40 例疗效观察

谢家洪(重庆市万州区中西医结合医院脑外科 404000)

**【摘要】 目的** 观察微创手术治疗高血压脑出血的有效性和疗效。**方法** 对 40 例急诊入院的高血压基底节区脑出血患者,采用一次性颅脑血肿穿刺粉碎针抽吸技术抽吸、引流血液及血凝块,观察治疗效果。**结果** 术后及出院随访 3 个月,治愈 10 例,好转 27 例,死亡 3 例(其中合并消化道大出血 2 例,急性肾衰竭 1 例),无颅内感染、气颅、脑脊液漏、再出血等并发症发生,术后 1 个月内 CT 复查示血肿大部分消失,所剩余血肿可以自行吸收,无复发。**结论** 微创手术治疗高血压基底节区脑出血疗效显著。

**【关键词】** 脑出血; 基底神经节疾病; 外科手术,微创性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)17-2119-02

随着人们生活水平的不断提高,我国高血压患者呈不断上升趋势。高血压脑出血为高血压的严重并发症之一,具有起病急、发展迅速,发病率、病死率、致残率高等特点。基底节区脑出血是高血压脑出血最常见的部位<sup>[1]</sup>。本院 2009 年 1 月至 2011 年 5 月对急诊收住院的 40 例高血压基底节区脑出血患者进行了微创穿刺抽取血液及血凝块治疗,效果满意。现总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2009 年 1 月至 2011 年 5 月急诊收住院的高血压基底节区脑出血患者 40 例,男 24 例,女 16 例,年龄 41~70 岁,平均 59.6 岁。40 例患者在入院时神志呈深昏迷 7 例,浅昏迷 24 例,嗜睡者 9 例。入院检查皆有血压升高。双侧瞳孔散大、对光反射消失 6 例,单侧瞳孔散大 15 例,所有患者均经头颅 CT 检查示基底节区脑出血,出血量在 20~80 mL,发病 6 h 内手术 24 例,发病 6 h 后手术 16 例。

**1.2 治疗方法** 以 CT 所示血肿中心为靶点,2%利多卡因局部麻醉,WTF-1 型一次性颅脑血肿穿刺针刺破硬脑膜,避开皮层血管,行血肿穿刺,成功后抽吸血肿,并给予 3~5 mL 血肿液化剂,1~3 d 复查 CT,根据血肿引流情况适当调整引流管位置。(2)手术前后常规给予止血药物、抗生素、脱水剂及 H<sub>2</sub>受体阻滞剂,并注意调整血压,维持水电解质和酸碱平衡。根据患者 CT 检查定位穿刺点,避开皮层大血管和重要功能区,了解血肿距颅骨的距离,材料选用北京福特有限公司生产的

WTF-1 型一次性颅脑血肿穿刺针,明确穿刺进针的深度;进入血肿腔中心拔出针芯后用空针抽吸出血凝块或液体状血液。术后通过引流管注入血肿液化剂(含尿激酶 1~5 万单位溶于 3~5 mL 生理盐水中,经引流管注入血肿区,液化剂注入后再注入 1.5 mL 生理盐水,夹管 4 h 后开放,并低负压引流,24 h 内药物注射 3~4 次,以后每日 1~2 次,3~5 d 内根据病情拔针,原则上留针时间不超过 7 d,术后第 1、3、5、7 天复查头部 CT,血肿清除 80%以上即可拔针。

## 2 结果

治愈 10 例,好转 27 例,死亡 3 例(其中合并消化道大出血 2 例,急性肾衰竭 1 例),无颅内感染、气颅、脑脊液漏、再出血等并发症发生。术后 1 个月内 CT 复查示血肿大部分消失,所剩余血肿可以自行吸收,无复发。

## 3 讨论

**3.1 高血压基底节区脑出血的机制** 基底节区由豆纹动脉供血,豆纹动脉由大脑中动脉垂直发出,受血流动力学的影响,豆纹动脉易发生动脉硬化出血,故高血压脑出血多发生在大脑基底节区和丘脑<sup>[2]</sup>。一般高血压脑出血在 30 min 内自行停止,形成血肿,较大血肿可以引起脑组织受压、缺血、水肿或坏死,导致颅内压增高,造成各种严重的神经功能障碍甚至形成脑疝,不及时处理将危及生命。高血压脑出血一直是神经外科、神经内科治疗的重点和难点<sup>[3-4]</sup>。高血压脑出血的治疗分非手术治疗和手术治疗两种,外科手术是治疗高血压脑出血的重要

手段,能迅速有效地清除血肿,减少血肿对周围脑组织的压迫,降低颅内压。传统开颅手术创伤大,清除血肿的同时可能增加对脑组织的损伤,手术时间长,失血多,需全身麻醉,所引起的损伤、水肿反应重,特别是年老体弱、心肺功能差的患者,术后病情往往加重,病死率居高不下。

**3.2 微创手术治疗基底节区脑出血的优势** 近年来开展的微创颅内血肿清除术为治疗颅内血肿开辟了一条崭新的治疗途径。尤其是微创手术治疗基底节区脑出血得到了较大的发展<sup>[5]</sup>。其主要原因是由于微创手术在局麻下进行,操作简单,易于掌握,创伤很小,恢复快,并发症少,可以早期、快速地清除脑出血,挽救患者生命,基层医生经过培训都能熟练开展此项技术,对年老体弱、心肺功能差、不能接受全身麻醉的患者能体现优越性;穿刺针设计特殊,穿刺时避开重要血管及功能区,一般不会损伤脑组织,减少并发症的发生;颅内血肿早期手术可大大降低患者的病死率及致残率,故近年来在基层医院该技术已越来越多地运用于临床,患者反映很好,且费用较低。

**3.3 手术时机与预后** 对手术时机的选择传统观点认为,高血压脑出血应在发病后 2 周手术,近代观点认为应在 24~48 h 手术较为理想,当今研究认为,高血压脑出血一般在出血 20~30 min 形成血肿,62%的患者出血 2 h 后不再继续出血,血肿周围脑组织产生病理变化,在脑出血发病 6~7 h 后逐渐明显,

此后的脑损害为不可逆性。目前由于神经影像技术对血肿的准确定位,国内外多数作者采用早期或超早期手术<sup>[6]</sup>。结合临床经验,作者认为,在出血后 6 h 内手术,对降低病死率和改善早期临床治疗效果具有积极的意义。

## 参考文献

- [1] 孟宏武,安尼瓦尔,陈锐. 高血压脑出血微创穿刺治疗 80 例疗效分析[J]. 医学信息:临床医学,2011,24(1):83.
- [2] 冯铁桥. 高血压脑出血微创穿刺治疗 42 例疗效观察[J]. 海南医学,2010,21(1):64-65.
- [3] 王光进,刘明超. 高血压脑出血微创引流 70 例疗效观察[J]. 临床合理用药,2011,4(2B):85.
- [4] 张鑑忠. 微创穿刺碎吸血肿治疗高血压脑出血的临床疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志,2007,6(12):84-85.
- [5] 卫保林,曾引翠. 高血压脑出血微创血肿清除术及其影响因素[J]. 山西医药杂志,2011,40(1):32.
- [6] 刘宗惠,李士月,田增民,等. 立体定向手术治疗高血压脑出血[J]. 中华神经外科杂志,1994,10(3):160.

(收稿日期:2011-07-19)

## • 临床研究 •

# 直肠肛管癌腹腔镜两种乙状结肠永久性造口术疗效观察

徐永鸿(重庆市巴南区人民医院普通外科 401320)

**【摘要】 目的** 通过对比分析,评价腹腔镜直肠肛管癌腹膜内与腹膜外乙状结肠永久性造口术的临床疗效。**方法** 回顾性分析 240 例行腹腔镜直肠癌永久性造口术的临床资料,其中 120 例行腹膜外乙状结肠永久性造口术为实验组,120 例行腹膜内乙状结肠永久性造口术为对照组。比较两组患者造口术后排便控制功能恢复情况。所有病例均获随访,平均随访 2.8 年(2~4 年)。**结果** 实验组术后 3 个月内排便控制功能的恢复情况明显优于对照组( $P<0.01$ )。实验组术后有排便感 108 例(90.0%),对照组术后有排便感 72 例(60.0%),两组差异有统计学意义( $P<0.05$ )。实验组术后无排便控制功能 12 例(10%),对照组术后无排便控制功能 48 例(40%),两组差异有统计学意义( $P<0.01$ )。**结论** 腹腔镜直肠肛管癌手术中腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术后排便控制功能早期(3 个月内)恢复较好,而 3 个月后两组恢复情况无明显差异。在术后是否获得排便感方面腹膜外乙状结肠永久性造口术较腹膜内乙状结肠永久性造口术也有优势。因此,腹腔镜直肠肛管癌手术中腹膜外乙状结肠永久性造口术可明显提高患者术后生存质量,值得临床推广使用。

**【关键词】** 直肠肿瘤; 肛管; 结肠造口术; 结肠,乙状; 腹腔镜检查; 排便

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)17-2120-02

2006 年 5 月至 2008 年 5 月,本院普外科对腹腔镜直肠肛管癌患者采取腹膜外和腹膜内乙状结肠永久性造口术两种手术方法各观察 120 例,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 对 2006 年 5 月至 2008 年 5 月直肠肛管癌需行腹腔镜乙状结肠永久性造口患者 240 例,根据患者入院先后顺序连续间隔将病例分为实验组和对照组进行手术。实验组和对照组选择病例条件完全相同:距肛缘 5 cm 以下直肠癌或肛管癌,肿瘤有条件行根治性切除,且患者全身情况能耐受手术者。实验组男 66 例,女 54 例,年龄 24~85 岁,平均(58.6±6.83)岁。其中直肠癌 112 例,肛管癌 8 例。112 例直肠癌中,Dukes A 期 6 例,Dukes B 期 55 例,Dukes C 期 51 例。平均住院天数 15.6 d。对照组男 62 例,女 58 例,年龄 30~78 岁,平

均(59.2±7.26)岁。其中直肠癌 106 例,肛管癌 14 例。106 例直肠癌中,Dukes A 期 4 例,Dukes B 期 54 例,Dukes C 期 48 例。平均住院天数 16.2 d。手术后实验组和对照组采取相同的规范化治疗方案:预防性抗生素选择头孢 2 代,术前 0.5~2 h 围手术期用药,术后前 3 d 使用抗生素。术后 10 d 开始化疗。全部患者生存 1 年以上。

**1.2 手术方法** 实验组患者麻醉满意后,取头低脚高截石位,建立人工气腹,脐上或下 10 mm 处作 10 mm 戳孔作为观察孔,左、右麦氏点外侧 10 mm 处分别作 5 mm 戳孔作为辅助操作孔,右腹股沟韧带中点内上方 30 mm 处作 10 mm 戳孔作为主操作孔。用超声刀高位游离切断肠系膜下血管,向下全系膜切除游离直肠至显示肛提肌,选择乙状结肠离断处,用微量美蓝染色做好标记。从肠系膜下血管离断处根部开始用超声刀游