

72 h 内大便性状恢复正常, ≤3 次/d, 全身症状消失) 有 26 例, 占 39.39%; 有效(治疗 72 h 大便性状明显好转, 全身症状明显改善) 有 34 例, 占 51.52%; 无效(治疗 72 h 大便性状、次数及全身症状均无好转, 甚至病情加重) 有 6 例, 占 9.1%。总有效率为 90.91%。

3 讨论

3.1 小儿腹泻病是一种由多病源、多因素引起的以大便次数和大便性状改变为特征的小儿消化道常见病、多发病^[2]。小儿由于胃酸分泌少, 酸度低, 免疫功能低下, 肠管微生态平衡脆弱, 易受外来因素破坏而致病。长期反复的腹泻可造成小儿营养不良, 生长发育迟缓, 甚至死亡^[3]。

3.2 腹泻病的治疗原则为预防脱水、纠正脱水、继续饮食、合理用药。在预防和纠正脱水时能口服纠正者尽量口服补液^[4]。对腹泻病应强调继续饮食, 满足生理需要, 补充消耗, 以缩短腹泻后的康复时间, 但应根据疾病的特殊病理生理状况, 个体消化吸收功能和平时的饮食习惯进行合理调整。

3.3 抗生素是对其敏感的细菌感染治疗有效, 仅适用于侵袭性细菌感染, 其可以加速病原菌的清除, 缩短病程, 提高治愈率, 降低病死率。临床上许多儿科医生往往多种抗生素同时应用或滥用, 但临床效果往往不佳。文献报道^[5]70% 左右的水样便腹泻为病毒或产毒素细菌引起, 可以不用抗生素。WHO 组织提出 90% 腹泻不需要抗生素治疗。滥用抗生素不仅造成经济浪费, 患儿多受痛苦, 而且对治疗腹泻没有疗效, 除抗生素本身不良作用外, 还杀死体内的益生菌, 造成体内

菌群紊乱, 微生态失衡, 降低了患儿的免疫力, 反而使腹泻迁延不愈或继发二重感染^[6]。本组 66 例腹泻患儿均无粘液浓血便, 实验室检查不符合侵袭性细菌感染的特点, 故均未使用抗生素, 而采用胃肠黏膜保护法、微生态疗法、补充锌元素及饮食疗法综合治疗。肠道内正常菌群失衡生物拮抗作用减弱, 外袭菌定植致病, 维持和调整肠道微生态平衡是防止小儿腹泻的根本^[7]。但客观地说微生态制品不能完全取代抗生素, 对侵袭性细菌感染性腹泻仍需使用抗生素。

参考文献

- 1 李晓华, 张 晶. 小儿腹泻的饮食与治疗[J]. 中国医疗前沿, 2009, 4(9): 45-46.
- 2 曹洪涛, 田军华. 小儿腹泻的口服补液疗法[J]. 中国社区医师, 2006, 22(10): 32-33.
- 3 王志新. 腹泻冲剂治疗小儿腹泻 30 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2005, 14(1): 21-22.
- 4 张晓丽. 巧治小儿腹泻[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(4): 12-13.
- 5 郑礼林, 潘家华. 腹部理疗佐治小儿腹泻病疗效观察[J]. 安徽医药, 2009, 13(3): 34.
- 6 董 梅. 小儿腹泻病的诊断思路[J]. 中国临床医生, 2009, 2(6): 45-46.
- 7 于志国, 冯相群. 艾炙加手法外治小儿腹泻 60 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2009, 1(4): 56.

[收稿日期 2010-02-04][本文编辑 刘京虹 韦 颖(见习)]

经验交流

经翼点入路显微手术夹闭治疗颅内动脉瘤体会

潘荣南, 陈 民, 刘增庆, 吴雪松

作者单位: 537000 玉林, 广西医科大学第六附属医院(玉林市第一人民医院)神经外科
作者简介: 潘荣南(1965-), 男, 大学学历, 学士学位, 副主任医师, 研究方向: 颅脑损伤的救治及脑血管病的诊治。E-mail: panrongnan@163.com

[摘要] **目的** 探讨经翼点入路显微手术夹闭治疗颅内动脉瘤的疗效。**方法** 回顾性分析 13 例采用经翼点入路显微手术夹闭治疗颅内动脉瘤的临床应用情况及效果。**结果** 本组病例均行一次性夹闭, 共 13 个动脉瘤, 手术后早期效果: 良好 10 例, 轻残 2 例, 重残 1 例, 无死亡病例。**结论** 经翼点入路显微手术夹闭术是治疗颅内动脉瘤的主要方法, 能充分显露动脉瘤, 临时阻断血流, 提高颅内动脉瘤的手术疗效。

[关键词] 颅内动脉瘤; 显微夹闭术; 经翼点入路
[中图分类号] R 743.9 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)05-0479-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.25

Experience on nip close under microneurosurgery via pterion approach in the treatment of intracranial aneurysim PANG Rong-nan, CHEN Ming, LIU Zheng-qing, et al. Department of Neurosurgery, the First Hospital of Yuling City, Guangxi 537000, China

[**Abstract**] **Objective** To summarize the technique of clipping the intracranial aneurysm by microneurosurgery via pterion approach. **Methods** Retrospective analysis of 13 cases treated by the technique of clipping the intracranial aneurysm under microneurosurgery via pterion approach were performed. **Results** All the aneurysms were clipped successfully. The early postoperative effects showed, there were 10 cases with fine postoperative healing, 2 cases with light residual, 1 cases with severe residual, no death case occurred. **Conclusion** The clipping intracranial aneurysm by microneurosurgery via pterion approach is the main treatment method for intracranial aneurysm. The aneurysm can be exposed through this technique, besides, the artery can be blocked more easily, so, the therapeutic effect of intracranial aneurysm must be elevated.

[**Key words**] Intracranial aneurysm; Nip close under microneurosurgery; Via pterion approach

颅内动脉瘤的治疗仍然是以显微外科手术夹闭为主要方法^[1]。但由于在外科手术中存在动脉瘤破裂出血的可能,而且一旦出血,术中、术后处理不当,则预后不良。若能提高显微手术技巧,有可能使手术更安全,疗效更好。我科 2007-06~2009-02 行经翼点入路显微手术夹闭治疗颅内动脉瘤 13 例,取得较好的临床疗效,现报告如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 本组 13 例,男性 9 例,女性 4 例。年龄 32~65 岁,平均 43.2 岁。发病至手术时间 3~19 d,平均 7 d。住院时间 21~63 d,平均 35 d。临床表现:昏迷 9 例,剧烈头痛 10 例,恶心、呕吐 12 例,脑膜刺激征 11 例,动眼神经麻痹 3 例。有明显兴奋或激动诱因 9 例。CT 表现为:蛛网膜下腔出血(SAH)8 例(其中 3 次出血 1 例,2 次出血 2 例),额叶脑内血肿 3 例,额叶出血破入脑室 2 例。所有病例均行 CTA、MRA 或 DSA 检查。CTA 检查发现 8 例,MRA 检查发现 1 例,有 4 例行 CTA 及 MRA 均没有发现病变,行 DSA 检查明确诊断。13 例均为囊性动脉瘤,其中位于前交通动脉 5 例,大脑中动脉 3 例,前动脉 3 例,颈内动脉 1 例,前交通动脉 1 例。动脉瘤大小:一般动脉瘤(0.5~1.5 cm)11 例,大型动脉瘤(1.5~2.5 cm)2 例。入院时按 Hunt 及 Hess 颅内动脉瘤手术危险性分级^[2]:Ⅰ级 2 例,Ⅱ级 2 例,Ⅲ级 7 例,Ⅳ级 2 例,无 V 级病例。

1.2 手术方法 全部病例均经翼点入路显微手术夹闭治疗。在气管插管全麻下进行手术,术前行腰穿(为术中放出脑脊液作准备),控制低血压(收缩压保持在 100 mmHg 左右),术中磨除外侧 1/3 蝶骨嵴,显微镜下挑开侧裂池,开放腰穿引流管释放脑脊液,降低颅内压;分离侧裂血管,显露大脑中动脉和颈内动脉,打开视交叉池及颈内动脉池,必要时可吸除部分颞极皮层组织,显露载瘤动脉,用临时动脉瘤夹阻断载瘤动脉供血(15 min 内),解剖动脉瘤颈,选择合适动脉瘤夹,准确夹闭动脉瘤;检查夹闭位置,必要时可适当移动动脉瘤夹;仍有积血者,清除蛛网膜下腔积血。用罂粟碱棉片湿敷载瘤动脉,防止载瘤动脉痉挛。严密缝合硬脑膜,放置硬膜外引流管。术后应用尼莫同以控制高血压、高血容量和高血液稀释等防治血管痉挛。

2 结果

本组病人出院时按 GOS 评分,良好 9 例,中残 2 例,重残 1 例,无植物生存及死亡病例。随访 2 月~1.5 年,中残病例

均好转为良好,重残病例均好转为中残。

3 讨论

3.1 手术时机 关于动脉瘤的手术时机主要有如下观点:(1)早期手术。早期手术是指动脉瘤破裂出血后 24~72 h 内手术,目前多数脑血管病专家认同早期治疗的观点^[3],早期手术不仅可避免动脉瘤再次破裂出血,而且可在术中及早清除蛛网膜下腔内的血块及血性脑脊液。且此时出血时间短,动脉瘤与周围组织未形成粘连,容易分离、识别动脉瘤。但由于脑水肿致显露不理想,如过多牵拉脑组织,可增加术中破裂几率。(2)晚期手术。动脉瘤破裂 2 周后手术。晚期手术脑血管管挛及脑水肿已消退,容易显露,同时病人一般情况好转,耐受手术能力增强,手术安全性较大,手术死亡率和致残率降低。但在等待过程中动脉瘤会再次破裂出血而死亡。(3)延期手术(SAH 后 11~14 d)。脑动脉瘤手术时机国际多中心研究显示在 Hunt-Hess 分级好(Ⅰ级,Ⅱ级和部分Ⅲ级)的患者中,早期手术夹闭(SAH 后 3 d 内)和延期手术(SAH 后 11~14 d)的预后没有显著差别^[3],但要考虑再出血几率。有学者^[3]认为脑动脉瘤治疗的时机为:根据患者 Hunt-Hess 分级,选择合适病例早期和超早期手术,Ⅰ、Ⅱ级患者应早期手术,Ⅲ级患者可早期或延期手术,Ⅳ级以上患者,应综合分析患者的具体情况和手术的效果后术者再决定是否手术治疗。本组Ⅰ、Ⅱ级 4 例和Ⅲ级 5 例行早期手术;Ⅲ级 2 例和Ⅳ级 1 例行延期手术;Ⅳ级 1 例行晚期手术,无术中动脉瘤破裂及在等待手术中动脉瘤再次破裂出血病例。我们体会按 Hunt-Hess 分级,Ⅰ、Ⅱ级患者早期手术,Ⅲ级患者力争早期手术,避免延期手术,Ⅳ级患者能耐受手术时尽快手术,V 级患者待病情好转再考虑手术;在等待手术期间要给予镇静及避免可引起颅内压升高因素,预防诱发动脉瘤再次破裂出血。

3.2 术中技巧 颅内动脉瘤术中破裂出血是神经外科医师最棘手问题之一。文献^[4]报告颅内动脉瘤术中破裂的发生率为 8%~42%,是手术失败及术后致残和死亡的主要原因。因此术中避免动脉瘤破裂的发生是手术成功的关键,我们体会注意如下几点可减少动脉瘤在围手术期、术中的破裂机会:(1)麻醉诱导要避免咳嗽,全麻插管要在肌肉松弛下进行,术中麻醉适当加深,实施控制性低血压,有学者^[5]认为控制性低血压可以降低动脉瘤破裂的概率,保持血压平稳,防止血压大幅度波动,血压波动可导致颅内压升高,动脉瘤壁

压力差变大,容易使破裂的动脉瘤再次破裂出血。谢明祥等^[6]认为收缩压控制在 60 ~ 80 mmHg。我们认为收缩压控制在 100mmHg 左右较为合适,本组病例均控制在此范围,无动脉瘤破裂及脑缺血缺氧表现。(2)术前腰穿置腰大池引流管,剪开硬膜后开放引流脑脊液。本组病例均行腰穿,引流脑脊液,速度 10 ~ 15 滴/min;术中充分解剖侧裂池、颈内动脉池、视交叉池释放脑脊液,使颅内压明显降低,增大手术空间,充分暴露术野,利于手术顺利进行。(3)沿侧裂分离血管,找到颈内动脉,分离载瘤动脉近端,用临时动脉瘤夹阻断载瘤动脉血流。有学者^[7]认为载瘤动脉阻断技术是预防出血的有效方法,可减少瘤体内的压力,防止分离粘连瘤体时出血。我们认为每次控制在 15 min 内,有文献^[8]报告每次不超过 20 min,反复阻断多次,术后未见有与此确切相关的脑缺血损害。本组病例行临时阻断血流在 5 ~ 10 min,平均 7 min,术后无脑缺血表现。阻断载瘤动脉血流后分离出瘤颈,再夹闭瘤颈,以达到预防分离瘤颈时破裂出血及能准确夹闭瘤颈,减少术后残留和复发的目的。术后常规用罂粟碱棉片湿敷载瘤动脉和临时阻断的动脉,减少血管痉挛。

3.3 术后处理 脑血管痉挛是动脉瘤术后的主要并发症,可继发脑梗死及脑水肿等迟发性缺血性脑损害而致残或死亡,有学者^[3]认为可引起 15% ~ 20% 的脑缺血和死亡。其确切的发病机制目前尚不完全清楚,但与蛛网膜下腔出血有关。有学者^[9]认为血细胞分解产物、炎症因子等引起血管内皮细胞及平滑肌细胞功能障碍,是导致迟发性血管痉挛的原因。我们体会防治脑血管痉挛方法:(1)术中尽量清除脑池

内积血,用盐水反复冲洗;(2)术后应用尼莫地平持续滴入,1 mg/h,共 5 ~ 7 d,然后口服尼莫同 30 mg,3 次/d,共 7 d;(3)尽早应用晶体液体、低分子右旋糖酐、血浆等增加血容量、稀释血液;血压控制在比基础压高 10% ~ 15% 为宜,必要时用多巴胺提高血压。

参考文献

1 黄汉添,林少华,廖 华,等.显微手术治疗颅内动脉瘤[J].中华显微外科杂志.2005,28(3):276-278.

2 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998:587.

3 毛 颖.脑动脉瘤治疗的规范与创新[J].中华神经外科杂志.2007,23(1):801-802.

4 沈健康.颅内动脉瘤手术治疗的现状与前景[J].中华神经外科杂志,2005,21(11):641-642.

5 毕长龙,陈凤华,方加胜,等.前循环巨大动脉瘤的显微手术治疗[J].中华神经外科疾病研究杂志,2007,6(4):346-348.

6 谢明祥,李 毅,刘同华,等.显微外科手术治颅内动脉瘤 42 例临床分析[J].第三军医大学学报,2007,29(7):649-650.

7 代永庆,刘 艇,王治国.经翼点入路显微手术夹闭治疗大脑前循环动脉瘤 12 例[J].中华神经外科疾病研究杂志,2008,7(1):73-79.

8 黄光富,唐 健,刘卫东,等.颅内巨大动脉瘤手术治疗[J].中华神经外科杂志,2007,23(9):705-707.

9 Dumont AS,Dumont RJ,Chow MM,et al. Cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage putative role of inflammation [J]. Neurosurgery,2003,53(1):132-135.

[收稿日期 2009-06-15][本文编辑 谭 毅 黄晓红]

经验交流

经外环小横切口治疗小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝

梁英学

作者单位: 533700 广西,德保县人民医院泌尿外科
作者简介: 梁英学(1965-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:临床泌尿外科疾病诊治。E-mail:dbxxy187@126.com

[摘要] **目的** 探讨小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝的手术治疗方法。**方法** 对 36 例小儿鞘膜积液及 24 例小儿腹股沟斜疝应用经外环小横切口行鞘状突高位结扎术及疝囊高位结扎术进行总结分析。**结果** 60 例患儿全部治愈,无一例复发,术后无手术瘢痕。**结论** 经外环小横切口治疗小儿鞘膜积液及小儿腹股沟斜疝,切口小、损伤小、疗效确切,值得推广。

[关键词] 小儿鞘膜积液; 小儿腹股沟斜疝; 鞘状突高位结扎术; 疝囊高位结扎术

[中图分类号] R 697 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)05-0481-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.05.26

Small transverse incision via outer ring in treatment of children with indirect inguinal hernia and children with hydrocele LIANG Ying-xue. Department of Urology, Debao County People's Hospital, Guangxi 533700, China

[Abstract] **Objective** To explore the surgical treatment in children with hydrocele and the children with in-