

表3 两组术后感染情况比较[n(%)]

组别	例数	软腭肿胀轻、 伪膜生长良好	软腭肿胀重、 伪膜生长增厚	术腔积液
治疗组	34	31(91.2)	3(8.8)	0(0.0)
对照组	34	23(67.6)	8(23.5)	3(8.8)

注:因1/5以上的格子理论数 <5 ,统计时将术腔积液及软腭肿胀重、伪膜生长增厚的两组数据合并。Fisher's确切概率法 $P=0.028$

3 讨论

调查显示,儿童时期切除扁桃体、腺样体并不损害宿主免疫的完整性或减少宿主的免疫活力^[5]。所以认为对于有手术适应证的儿童慢性扁桃体炎手术切除是必要的。扁桃体切除术是耳鼻咽喉科的常规手术,传统经典的术式是剥离法扁桃体切除术,手术效果理想,但术后出血、疼痛、感染等并发症仍为棘手问题。扁桃体切除术后出血,多与腺体残留、套扎不完全等因素有关,而且儿童扁桃体切除术后,除上述原因,还有麻醉清醒时,患儿哭闹,也是导致创面重新出血的重要原因,扁桃体术后出血是扁桃体手术最常见的并发症,出血率一般为2.0%~4.5%^[6]。一旦发生,常在短期内迅速失血,出血若处理不当,有引起大出血、窒息甚至死亡的危险。儿童扁桃体切除术后缝合创面,治疗组术后创面未出现出血量 >30 ml病例,对照组5例患儿术后出血量 >30 ml为术后早期出血,分析原因,可能为术后患儿麻醉清醒后哭闹,导致创面重新出血所致。治疗组患儿术后进食情况及伪膜生长情况明显优于对照组,因为创面封闭后,有利于术区愈合恢复,能够减

少炎症介质的释放,减少对神经末梢的刺激,减轻疼痛及感染^[7]。创面封闭后,患儿术腔疼痛轻,进食时早,多行吞咽动作减少术腔瘢痕形成。瘢痕形成相对较小,对于患儿术后远期不适可能起到改善作用。总之,针对患儿麻醉清醒后有哭闹,术后创面疼痛不敢进食等特点,缝合处理儿童扁桃体切除术后创面较常规压迫止血法,具有术后进食早、出血及感染等并发症明显减少、疼痛轻且持续时间短、组织反应性肿胀轻、创面愈合快、并发症少、患者主观感觉好等优点,减轻了对患儿的身体和心理的伤害,手术无特别难点,值得推广。

参考文献

- 1 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉-头颈外科[M].北京:人民卫生出版社,2008:322-323.
 - 2 罗四维,张端莲,李培安.扁桃体手术后的临床表现及分析[J].数理医药学杂志,2008,21(1):57-58.
 - 3 缪建叶,吴震.气管内全麻在小儿扁桃体摘除术中的应用[J].右江民族医学院学报,2003,25(6):825-825.
 - 4 施海明,尤慧华.冷热扁桃体切除术后疼痛比较[J].浙江临床医学,2007,9(2):183-183.
 - 5 El-Ashmawy S, Taha A, Fatt-hi A, et al. Serum immunoglobulins in patients with chronic tonsillitis[J]. J Laryngol Otol, 1980, 94(9): 1037-1045.
 - 6 王雪梅,何晓松.儿童腺样体110例分析[J].临床耳鼻咽喉学杂志,2004,6(18):373-374.
 - 7 吴健. Prolene线用于扁桃体切除术创面处理30例效果观察[J].咸宁学院学报(医学版),2008,22(6):522-523.
- [收稿日期 2011-04-11][本文编辑 谭毅 吕文娟]

学术交流

双侧开颅手术治疗重型颅脑损伤41例的疗效分析

黄航, 陈行友, 陈语花, 李建红, 徐子明

作者单位: 523633 广东,东莞市樟木头医院神经外科

作者简介: 黄航(1965-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:临床神经外科疾病诊治。E-mail:wwen012@yahoo.com.cn

[摘要] 目的 探讨双侧开颅手术治疗重型颅脑损伤的作用和手术适应证。方法 回顾性分析41例重型颅脑损伤行双侧开颅手术的临床资料。结果 良好14例,中残12例,重残3例,植物生存2例,死亡10例。结论 双侧开颅手术是治疗重型颅脑损伤的一种有效方法。

[关键词] 重型颅脑损伤; 双侧开颅; 去骨瓣减压术

[中图分类号] R 651.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)08-0775-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.30

万方数据

Bilateral craniotomy in the treatment of severe brain injury: Report of 41 cases HUANG Hang, CHEN Xing-you, CHEN Yu-hua, et al. Department of Neurosurgery, Zhangmutou Hospital, Dongguan 523633, China

[Abstract] **Objective** To investigate the efficacy of bilateral craniotomy in the treatment of severe brain injury. **Methods** A retrospective analysis of the clinical data of 41 patients with severe brain injury treated by bilateral craniotomy was performed. **Results** Of them, good effect were obtained in 14 patients, moderate disability in 12 patients, severe disability in 3 patients, vegetative survival in 2 patients and 10 patients died. **Conclusion** Bilateral craniotomy is an effective therapeutic method for severe brain injury.

[Key words] Severe brain injury; Bilateral craniotomy; Decompressive craniectomy

重型颅脑损伤(STBI)是基层颅脑外科常见的病损类型,因受伤机理复杂,颅内损伤广泛,因此治疗效果差,致残率、死亡率高。笔者2005-01~2010-12收治此类病人41例,采用双侧开颅手术,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组41例,其中男30例,女11例;年龄11~63岁,平均43.5岁。致伤原因:交通事故伤31例,打架伤4例,高处坠落伤5例,跌伤1例。对所有病例进行格拉斯哥昏迷量表(GCS)评分:3分5例,4~5分16例,6~8分20例。

1.2 CT表现 双侧额颞叶脑挫裂伤17例;一侧额颞叶脑挫裂伤,另一侧额颞硬膜下血肿9例;一侧额顶部硬膜外血肿,对侧额颞叶脑挫裂伤并硬膜下血肿5例;一侧颞叶脑挫裂伤并额顶部硬膜下血肿,对侧颞叶脑挫裂伤并脑内血肿3例;表现为弥漫性脑肿胀及其他7例。中线移位>1.0 cm 36例,居中5例,颞骨及颞顶骨折28例。

1.3 手术方法 所有患者均在急诊全麻下行开颅手术。其中23例根据病情及头颅CT结果行双侧额颞顶标准大骨瓣开颅去骨瓣减压,切口起自颞弓上耳屏前1 cm,向后跨过耳后向上绕顶骨结节,至中线旁2~3 cm,向前至前额发际内,骨窗前至额极,后达乳突,顶部旁开正中线矢状窦2~3 cm,下平颞弓,蝶骨棘向深部咬除,显露前中颅窝底,大小13~15 cm左右。对侧行同样或稍小骨瓣,减压术中清除血肿及失活脑组织,硬脑膜减张缝合。术中出现脑膨出情况,给予控制性降压、过度换气、使用脱水剂以及额极颞极内减压等措施。本组另18例一侧行额颞顶标准大骨瓣开颅去骨瓣减压,另一侧行单纯硬膜外血肿清除术骨瓣复位。

1.4 术后处理 所有患者术后常规入ICU常规监护,并给予呼吸机辅助呼吸、脱水降颅压、预防感染、止血、预防消化道出血、营养神经等综合治疗。

2 结果

术后病人昏迷7~90 d不等,术后3 d内常规复
万方数据

查头颅CT,颅内血肿基本清除34例,大脑部分肿胀28例。术后60 d复查头颅CT:正常20例,8例脑内部份软化灶,3例脑萎缩。患者治疗3个月后进行Glasgow结局评定法(GOS)评分:良好(成人能工作、生活)14例,中残(生活能治理)12例,重残(生活需他人照顾)3例,植物生存(长期昏迷)2例,死亡10例,病死率为24.39%。死亡患者中5例死于脑肿胀,3例死于多脏器功能衰竭,2例因肺部感染并发症死亡。术后并发症:12例出现不同程度的应激性溃疡,16例行气管切开,呼吸系统感染19例,癫痫发作7例,无骨窗疝发生。

3 讨论

3.1 重型颅脑损伤病人根据病情可采取双侧开颅治疗,重型颅脑损伤由于直接暴力作用使患者往往既存在着着力部位的脑损伤,同时又存在对冲性脑损伤,如果仅对一侧病灶行血肿清除及减压术,在大多数情况下,会导致该侧颅内压的急剧降低,脑移位恢复,压力填塞效应减轻或消除^[1],可导致原已破损的血管和板障血管出血或者因颅内压过高使丧失自主调节功能的小血管因减压后血管内外压力差增高而破裂出血,从而形成新的或增加原有的脑内、硬膜下及硬膜外血肿。有的患者因脑血管功能失调引起广泛的脑血管扩张,造成弥漫性脑肿胀^[2],可导致手术侧的严重脑膨出无法关颅,最后不得不切除脑组织强行关颅,使致残率和病死率均提高。我们认为在某些情况下有目的的双侧开颅清除血肿去骨瓣减压往往可有效解决脑膨出,并且可减少脑再出血、再移位及严重继发性水肿等引起的继发性损害,尤其是对脑干的再损害。采用双侧减压可以使颅内减压充分,可大大降低二次手术的概率,提高重型颅脑损伤病人抢救的成功率及减少病死率。

3.2 由于双侧同时去骨瓣减压手术对患者损伤大、手术时间长、术后并发症多,因此应掌握手术指征。我们体会下述情况应采用该术式:(1)患者中度以上昏迷,瞳孔一侧或双侧散大,颅脑CT显示双侧严重硬膜下血肿或脑挫裂伤,环池、基底池显示不清或

消失。(2)一侧血肿或脑挫裂伤术中严重脑膨出,使用常规降颅压措施无效者;(3)一侧硬膜下血肿或者严重脑挫裂伤合并对侧颅内血肿、脑疝形成。(4)颅内血肿伴弥漫性脑肿胀,脑疝形成者。手术者应根据术前CT及术中情况综合判断,应对患者采取积极的双侧减压术,并充分保护未受损的脑组织及避免继发性损害,术后给予积极脱水、神经营养剂等多种治疗手段,可大大提高疗效,降低病死率。双侧去骨瓣减压是救治重型颅脑损伤行之有效的手段之一,但也存在手术创伤大、手术时间长、需早期颅骨修补等不足。

3.3 重型颅脑损伤病人术中、术后迟发性颅内血肿是病情进一步加重的主要因素之一。本组出现的迟发血肿大部分发生在暴力的直接作用部位,即头颅着力点附近,多数患者合并受力部位颅骨骨折,可导致颅内血肿,以硬膜外血肿多见(本组有19例)。张远征^[3]认为急性颅内压增高所引起的血管自主调节功能丧失、血管扩张淤血是术后颅内出血的病理基础。重型颅脑损伤病人脑血管内外压力差突然增大可能是术后出血的重要因素。Fukamachi^[4]认为硬膜外血肿清除或减压术在迟发血肿形成中起重要作用。手术中出现迟发血肿是引起术中急性脑膨出的重要原因。在血肿清除后出现的脑膨出,我们不要轻易以为是急性弥漫性脑肿胀而不考虑对侧出现迟发血肿的可能。对于术中发生的迟发血肿,根据患者术前病情、头颅CT,术中可观察患者对侧瞳孔有无增大及光反射,患者对甘露醇等脱水,过度换

气无效后,可对术前CT有颅骨骨折,或者有少数硬膜外血肿部分患者在做完一侧手术后,可以直接开颅探查对侧。如果没有把握确定对侧迟发血肿,我们一般处理是快速关颅但保留气管插管,迅速急诊复查头颅CT明确诊断后,再回手术室行另一侧开颅手术清除迟发血肿。手术后迟发血肿一般发生于术后6h以内。对手术后回ICU的病人,要严密观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔及意识的变化,一旦发现手术后意识无好转或恶化,双侧瞳孔不等大,要及时复查CT。本组病例中出现19例迟发性血肿均为硬膜外血肿,大部分患者着力部位有骨折,可能是去骨瓣减压后压迫效应解除、骨折线渗血加速有关,提示我们对有头颅受直接暴力发生颅骨骨折的患者,行对冲性脑挫裂伤去骨瓣减压术后,颅内高压、有明显脑膨出,要首先排除对侧骨折处硬膜外血肿产生的迟发性血肿的可能。

参考文献

- 1 Becker DP, Gade GF, Young HF. Intracranial hematoma//Youmans JR. eds. Neurological surgery [M]. Philadelphia Saunders, 1990: 2079-2080.
 - 2 吴思荣. 外伤后急性弥漫性脑肿胀研究进展[J]. 国外医学神经病学神经外科分册, 1996, 23(5): 257-260.
 - 3 张远征. 颅脑损伤术后并发非手术区颅内血肿的机理探讨[J]. 中华神经外科杂志, 1991, 7(1): 37-39.
 - 4 Fukamachi A, Kohno K, Nagaseki Y, et al. The incidence of delayed traumatic intracerebral hematoma with extradural hemorrhages [J]. Trauma, 1985, 25(2): 145-149.
- [收稿日期 2011-05-05][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

学术交流

肝脓肿合并糖尿病 85 例的临床特点分析

黄宇, 梁华晟

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院肝胆腺体外科

作者简介: 黄宇(1976-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肝胆外科临床研究。E-mail: huangxiaoyu747@yahoo.com.cn

通讯作者: 梁华晟(1977-), 男, 医学博士, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 糖尿病合并恶性肿瘤病理标记物筛查研究。

E-mail: flowchaos@yahoo.com.cn

[摘要] **目的** 探讨肝脓肿合并糖尿病的临床特点。**方法** 回顾性分析 85 例肝脓肿合并糖尿病及同期 66 例单纯性肝脓肿的临床资料。**结果** 肝脓肿合并糖尿病病例年龄大于单纯性肝脓肿组($P < 0.05$), 多见 2 型糖尿病, 更常出现循环、消化及中枢神经系统症状, 血白蛋白、血钾明显低于单纯性肝脓肿组($P < 0.05$), 出现多器官功能衰竭几率和病死率高于单纯性肝脓肿组($P < 0.01$)。**结论** 肝脓肿合并糖尿病好发于 2 型

万方数据