

方法是 Marlex 网加骨水泥加 Marlex 网这种三明治式复合体修复法,具体在术中根据缺损大小和形状,即时塑形^[5,6]。

对于胸壁缺损,用什么样材料修补应根据手术者习惯及医院所具备条件采取针对性治疗。Bard 补片有效耐久,应用方便,随意裁剪,有良好和稳定的组织相容性,无异物排斥反应,有抗感染力,能透 X 线,无致癌作用,不失为一种新型材料,值得在基层医院推广使用。

[参 考 文 献]

[1] 顾恺时.胸心外科手术学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1993:259.

- [2] 解传仁,管健.胸壁结核的外科治疗[J].实用临床医学,2005,6(4):63-64.
- [3] 金锋,刘景亮,王成,等.复发性胸壁结核的外科治疗[J].中国误诊学杂志,2005,5(13):2489-2490.
- [4] 黄孝迈.现代胸外科学[M].第2版.北京:人民军医出版社,1991:67.
- [5] 孙战文,黄杰,朱汉训,等.胸壁大块缺损外科重建71例报告[J].临床外科杂志,2007,15(5):345-346.
- [6] 段亮,徐志飞.人工材料胸壁重建研究进展[J].中华胸心血管外科杂志,2005,21(3):190-192.

[文章编号] 1000-2200(2009)05-0424-03

· 临床医学 ·

中青年非创伤急性脑梗死的病因与临床特点分析

徐从军,贺斌

[摘要]目的:分析中青年脑梗死的病因及临床特点。方法:对23例中青年脑梗死患者的临床与影像资料进行回顾性分析,总结梗死病灶的形态和部位特点,对治疗结果进行随访。结果:长期酗酒者14例,高血压并长期服用降压药5例,4例无明显诱因。23例中4例表现为腔隙性梗死,3例表现为大脑中动脉区大面积梗死,16例表现为不同形态的分水岭梗死。治愈18例,明显好转5例。结论:中青年脑梗死的病因主要是高血压调控失当和脑内供血动脉闭塞或狭窄,长期酗酒和高血脂是诱因。中青年脑梗死以分水岭区脑缺血为主,经治疗预后良好。

[关键词] 脑梗死;病因;临床特点;中青年

[中国图书资料分类号] R 743.33 [文献标识码] A

中青年脑梗死的发生率较低,其病因、危险因素和预后与老年人有很大不同。2002~2007年,我们收治非创伤中青年脑梗死23例,现就其相关病因、临床及影像学特点进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男19例,女4例;年龄23~42岁。14例有明确的饮酒史。饮酒次数平均每周3次或以上,入院前8例有高血压,其中2例有高血压家族史。其余均无糖尿病及器质性心脏病和高血压病史。

1.2 临床表现 10例发病前24h内均有过量饮酒史,其中5例于发病后6h内入院;5例于发病6~24h入院。上肢偏瘫11例;偏身感觉障碍9例;运动性失语1例;局灶性癫痫1例;智能减退11例;象限盲6例;皮层性感觉障碍11例;无体征3例。以上症状可单独或合并出现。发病时测血压低于平时血压5例,高脂血症12例,同时合并高血压5例,

MRA 诊断颈内或颅内动脉狭窄12例,糖尿病9例,冠心病6例,上呼吸道感染5例,急性胃肠炎3例,低血压5例。发病诱因:服用降压药过量致血压过低7例,血压控制不理想5例,血糖明显升高12例,低血糖9例,大量饮酒后昏睡10例,发热、多汗5例,呕吐、腹泻、脱水3例。

1.3 实验室检查 空腹血糖升高8例;甘油三酯增高12例;胆固醇增高6例;血纤维蛋白原增高4例;血液流变学指标增高14例;肝功能异常5例。心电图检查 ST-T 改变2例,B超检查脂肪肝4例,早期肝硬化1例。

1.4 影像学检查 4例表现为腔隙性梗死(见图1),3例表现为大脑中、后动脉区大面积梗死(见图2),16例表现为不同形态的分水岭梗死(见图3、4)。分水岭脑梗死发生部位及形态有一定特征,皮层前型6例位于额中回,为ACA/MCA交界区,呈楔型;皮层后型7例,以枕叶为主,位于MCA/PCA交界区;颞顶叶2例,位于ACA/PCA交界区,多呈楔型;皮层下型1例分布于基底核及侧脑室体旁,位于MCA皮层支与深穿支动脉之间的边缘带,这也是腔隙性脑梗死的好发部位。其中9例伴有不同程度的脑萎缩。

[收稿日期] 2007-12-25

[作者单位] 1.安徽省五河县人民医院重症监护室,233300;2.上海市长征医院神经内科,200003

[作者简介] 徐从军(1969-),男,主治医师。

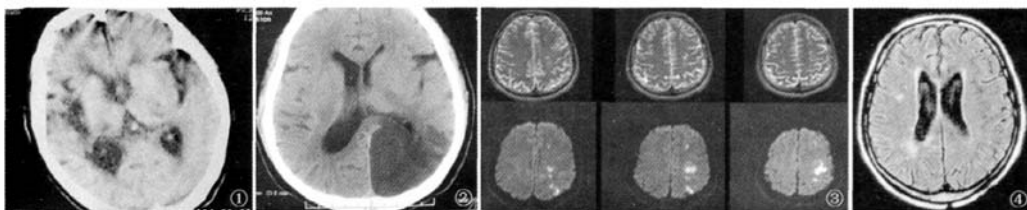


图 1 左侧外囊区片状、双侧丘脑腔隙性梗死 图 2 右侧PCA供血区及其与右侧MCA分水岭区梗死 图 3 上排: MRI T2WI, 左侧ACA和MCA以及PCA和MCA分水岭区不规则梗死灶;下排:弥漫加权成像, 表现为高信号 图 4 MRI T2WI, 右侧PCA和MCA分水岭区梗死, 右侧基底区腔隙性梗死灶

1.5 治疗 入院诊断明确后即给予丹参、川穹、红花等中成药制剂改善脑血流, 氯吡格雷、阿司匹林等抗血小板聚集。降低纤维蛋白、抗凝可给予腹蛇抗栓酶、低分子肝素治疗, 但宜早期使用, 发病超过 24 h, 尤其大面积梗死者注意用药剂量及疗程, 以防梗死后出血。同时予胞二磷胆碱、细胞色素 C、ATP 等活化脑细胞药物及大量 B 族维生素。根据梗死面积的大小可予适量七叶皂甙钠、甘露醇抗脑水肿, 同时注意维持水电解质及酸碱平衡。对既往有高血压病史者严密监控血压, 调整降压药物用量, 使其保持在适当的水平。脑梗死急性期血压低于 180/120 mmHg 可不予降压, 以防脑血液灌流不足。血糖、血脂升高者同时应用胰岛素或口服降糖药及降血脂治疗。

2 结果

2 周后症状明显改善 14 例, 1 个月后恢复正常 19 例。出院 6 个月后随访 4 例留有不同程度的后遗症, 余全部康复。高血糖、高血脂及高血压调控失当者均得到不同程度的改善。

3 讨论

3.1 病因及发病机制 分水岭脑梗死的病因已研究多年, 其中体循环低血压、颈动脉狭窄或闭塞已被人们接受。随着人们生活水平的提高, 饮食结构及生活习惯的改变, 中老年人常出现的“三高”(即高血压、高血脂、高血糖)症状有年轻化的趋势, “三高”症状常相互影响, 一项指标的失控常引起另外指标的调控困难。高血压是促成动脉硬化的重要因素, 高血脂、高血糖导致血液黏稠度的增高, 动脉粥样斑块的形成和发展已越来越被人们所重视。此外, 年轻人长期过量饮酒对血管系统所造成的损害日益受到重视。一项对 16~40 岁的年轻卒中患者的研究结果显示, 卒中发作前 24 h 的乙醇摄入量超过 40 g 是脑梗死的独立危险因素^[1]。饮酒后血浆皮质醇、肾素、加压素等水平升高, 肾上腺素神经活动增强致高血压, 高血压与脑梗死的关系已经非

常明确。另外, 大量饮酒或中毒者, 酒后常深睡或昏迷, 身体处于多种异常姿势, 引起颅外血管的压迫, 导致脑血流循环进一步障碍, 诱发脑血管病变。大量饮酒后由于体内血管扩张, 排汗量增加等反应, 使机体处于脱水状态, 周身血流量的不足使脑血流量势必受到影响, 这也是促进血栓形成的原因之一^[2]。各种原因引起的体循环低血压是引起中青年脑梗死另一主要原因, 文献报道^[3]占 83.6%, 颈内或颅内动脉狭窄也是分水岭脑梗死的常见病因, 而一般狭窄 50% 就可引起脑梗死, 以上因素是导致中青年脑梗死发生率升高的主要原因。

3.2 临床表现与影像学特征 本组临床表现无特征性。其影像学上表现为 3 种形态, 腔隙性梗死、不规则的分水岭脑梗死和大面积脑梗死, 以分水岭脑梗死为主, 本组 16 例(69%)。颈动脉超声多普勒可了解颈动脉狭窄程度, 这些检查对诊断及寻找病因有很大帮助。分水岭脑梗死以 60 岁以上老年人为多^[4]。近年来随着高血压的年轻化, 糖尿病及高脂血症发病率的增高, 中青年人分水岭脑梗死亦不少见^[3]。张桂莲等^[5]报道, 分水岭脑梗死存在特殊性质的高血黏综合征, 其特点是全血黏度高切与低切, 与红细胞柔韧性降低及聚集性增高、纤维蛋白原增加呈正相关, 与红细胞压迹无关。

3.3 治疗与预后 对该类病例的治疗, 要及时给予降纤、抗凝、改善脑血流及大量的 B 族维生素。另外, 对高血压的调控必须注意个体化和适时化, 预防血压过低。应严格控制糖尿病、高脂血症、高血压等危险因素, 对颈内或颅内动脉狭窄应尽早进行干预治疗。另外, 当进食少、呕吐、多汗、脱水时要及时补液, 以防形成分水岭脑梗死。在对分水岭脑梗死治疗时应在血液稀释的基础上加用改善红细胞变形能力的药物。因此, 分水岭脑梗死一旦明确诊断, 治疗与一般的脑梗死相同, 但还要注意寻找病因, 并做相应的处理。另外, 早期发现, 及时干预高血压、糖尿病、高脂血症及颈内或颅内动脉狭窄有积极的预防意义。

[参 考 文 献]

[1] Hillbom M, Haapaniemi H, Juvela S, et al. Recent alcohol

consumption, cigarette smoking, and cerebral infarction in young adults[J]. Stroke, 1995, 26(1): 40-45.

- [2] 陈家红, 杨勇杰. 青年人长期酗酒致急性脑梗死 21 例临床分析[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(6): 745.
- [3] 胡喜霞. 55 例分水岭脑梗死临床分析[J]. 临床荟萃, 2003, 18

(17): 974.

- [4] 汤洪川, 包学礼, 曹起龙, 等. 实用神经病诊断治疗学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2000: 280-281.
- [5] 张桂莲, 吴海琴, 李觉慧, 等. 不同类型脑梗塞的血液流变学对比观察[J]. 陕西医学杂志, 2001, 30(2): 78-80.

[文章编号] 1000-2200(2009)05-0426-02

· 临床医学 ·

直肠癌根治术经腹膜外结肠造口的治疗体会

张剑平

[摘要] 目的: 探讨直肠癌根治术经腹膜外结肠造口效果。方法: 对 16 例中低位直肠癌根治术(Miles 术)采用腹膜外造瘘。结果: 无死亡病例。术后 4~6 天排便。无内疝形成, 造瘘口无坏死、回缩, 无狭窄。结论: 直肠癌根治行腹膜外结肠造口, 可减少与造口有关的并发症, 提高患者的生活质量, 术式简单, 值得临床推广。

[关键词] 直肠肿瘤; 腹膜外造口

[中国图书资料分类法分类号] R 735.37 [文献标识码] A

直肠癌根治术(Miles 术)中传统的造口是经腹直肌外腹膜内造口, 其不足之处是易形成内疝、肠梗阻、造口肠管回缩、脱垂、造口狭窄、排便感觉差^[1]。2006~2008 年, 笔者对 16 例直肠癌患者采用腹膜外造口, 避免了经腹膜内造瘘所致的并发症, 取得良好效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 16 例中男 9 例, 女 7 例; 年龄 36~81 岁。术前均经组织病理学证实为直肠腺癌, 肿块均位于返折腹膜以下, 距肛缘 8 cm 以内。

1.2 手术方法 16 例肿瘤切除方法同传统的 Miles 术, 待肿瘤切除完成后, 在脐与左髂前上棘连线中外 1/3 处, 切除一直径 3 cm 皮肤切口和皮下脂肪组织, 十字剪开腹外斜肌腱膜, 钝性分离腹外斜肌、腹内斜肌及腹横肌, 不切开腹膜, 提起已剪开的乙状结肠或降结肠系膜根部的侧腹膜, 钝性潜行分离腹膜外间隙, 形成一隧道, 与造口处相通, 隧道长约 10~15 cm, 可容三横指, 以便容纳造口段结肠及系膜, 确认肠管无扭曲后, 将造口肠管通过隧道拉出圆形切口外, 将腹外斜肌腱膜与造口肠管浆肌层间断缝合 6~8 针, 消毒肠管后, 将造瘘口黏膜外翻与皮肤边缘间断缝合, 使造瘘口一期开放, 形成人工肛门。冲洗腹腔后关闭盆腔腹膜, 其左结肠旁沟自然关闭, 不再缝合。检查无误后逐层关腹。

1.3 观察指标 术后观察腹部切口情况, 有无肠梗阻发生, 造瘘口有无狭窄、水肿、回缩、脱出; 有无内疝形成; 术后随访大便成形情况、有无排便感、排便

的规律性。

2 结果

无死亡病例, 术后有 3 例造口黏膜水肿, 无坏死, 水肿均于 1 周内消退; 患者术后 4~6 天开始排便, 1 例出现切口皮下脂肪液化, 给予换药引流, 痊愈出院; 术后随访 6~12 个月, 其中 13 例术后 2 个月排便规律, 1 次/天左右, 大便成型, 排便前有排便感, 其余 3 例术后有不同程度的腹泻, 大便次数 6~10 次/天, 通过饮食调节及训练, 逐渐好转, 3~4 个月后排便规律成形, 无粪便外溢; 无内疝形成, 造瘘口无坏死、回缩, 无狭窄。

3 讨论

Miles 手术中为解决排便问题须结肠造口术, 常规的左下腹壁经腹腔造口术有很多并发症, 如内疝、肠梗阻、造口肠管回缩、脱垂、造口狭窄、排便感觉差等, 本组实行了左下腹壁经腹膜外造口术, 无严重并发症出现。

3.1 手术要点 腹膜外结肠造口术式较为简单, 但仍要注意以下几点: (1) 手术适应证选择适当。若结肠系膜过短, 肿瘤侵犯左侧腹膜, 产生粘连, 不易分离的; 造口肠管血运不良; 伴有肠梗阻, 肠管高度膨胀, 内有大量粪便者要慎重。(2) 腹膜外隧道如过紧有压迫肠管的可能, 应适当侧切调整, 增加宽度; 亦不能过于松弛, 以防肠管回缩或脱出, 应以不挤压造口肠管为度。(3) 分离隧道时, 术中应注意保护左侧输尿管。(4) 腹外斜肌腱膜与肠管浆肌层间断缝合, 不宜太稀, 以防止肠管回缩或脱出, 亦不能过稠, 影响肠管的血运, 导致造口肠管缺血坏死。

3.2 腹膜外造口的优点 本术式与传统的腹膜内

[收稿日期] 2008-06-26

[作者单位] 安徽省太和县人民医院 普外科, 236600

[作者简介] 张剑平(1972-), 男, 主治医师。