

织血供丰富,脑挫裂伤直接部位引起血管壁损伤,血管顺应性差,术后颅内压力的变化可导致血管破裂出血;(2)脑挫裂伤区域及术后的脑水肿脑组织,脑灌注压的改变。出现再灌注损伤,形成点片状出血,最后致血肿形成;(3)颅脑损伤开颅术后颅压的变化或血肿清除手术操作可使原脑挫裂伤处受损血管的挤压堵塞作用减弱,血栓脱落,血肿形成^[4,5]。

3.1.2 颅骨骨折 颅脑损伤常见合并多发性颅骨骨折,本组 12 例合并颅骨骨折,21 例 DTICH 其中 13 例为硬膜外血肿,血肿与颅骨骨折一致者 8 例,其原因有:颅骨骨折板障渗血可致迟发性硬脑膜外血肿,颅骨骨折端直接损伤邻近的硬脑膜血管、静脉窦、蛛网膜颗粒,原发颅脑损伤开颅术后远隔部位骨折断端处血痂脱落,再次出血。5 例 DTICH 血肿位置与颅骨骨折不一致,分析原因主要考虑为:骨折处直接外力致其周围硬脑膜及静脉窦损伤、与颅骨内板连接松散的硬脑膜塌陷、原发手术血肿清除等脑压改变,导致原堵塞效应消失,逐渐形成迟发性硬脑膜外血肿。

3.1.3 开颅术后颅内压下降 混合性的硬膜外血肿和硬脑膜下血肿 3 例,其形成的原因与开颅术后颅内压下降可使脑组织塌陷,脑表面回流至硬脑膜、静脉窦的桥静脉撕裂,出现硬膜下血肿有关,开颅术

导致颅内压剧烈变化是诱发术后非手术区颅内血肿发生重要因素^[5]。其次特别是老年患者动脉硬化明显或合并长期高血压者尤其多见。

3.2 颅脑损伤早期行清除血肿和或去骨瓣减压术后,要注意术后迟发性血肿发生的可能性:(1)意识状态较术前有所加重;(2)神志清醒者术后出现剧烈头痛、烦躁不安和或频繁呕吐者;(3)进行性或波动性血压升高伴脉搏徐缓,呼吸变慢(<16 次/min)或呼吸暂停者;(4)术后出现新体征,不能以原发伤、手术解释者;(5)意识状态持续有某种程度的障碍(嗜睡、精神不振等),既非进行性恶化,也无明显好转趋势,伴有颅骨减压窗膨隆。这些情况下需随时复查头颅 CT,早期发现并及时处理。

参考文献

- 1 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:445.
 - 2 王任直[译]. 尤曼斯神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:4132.
 - 3 梁玉敏,卢亦成,朱 诚,等. 迟发性外伤性颅内血肿的早期诊治[J]. 中国神经精神疾病杂志,1996,22(6):360-361.
 - 4 刘俊雄,高国栋,李永林. 外伤性迟发性颅内血肿[J]. 临床神经外科医学,2003,5(2):94.
 - 5 董万青,刘世勤,张国庆,等. 急性颅内血肿清除后继发对侧迟发性血肿 30 例分析[J]. 中国医师杂志,2004,6(8):1130.
- [收稿日期 2011-05-10][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

学术交流

儿童扁桃体切除术后创面缝合的疗效观察

温丽慧, 杨正光, 黄 波, 邓立波, 黄 庆

作者单位: 535000 广西,钦州市第二人民医院耳鼻喉-头颈外科(温丽慧,杨正光,黄 波,邓立波),耳鼻麻醉科(黄 庆)

作者简介: 温丽慧(1973-),女,在职研究生,医学学士,主治医师,研究方向:耳鼻喉-头颈外科疾病诊治。E-mail:387660539@qq.com

[摘要] 目的 比较儿童扁桃体切除术后缝合处理扁桃体创面与常规压迫止血法两种方式对患儿术后的影响。方法 在 68 例患者中随机抽取 34 例为扁桃体切除术后缝合处理扁桃体创面,其余 34 例为扁桃体切除术后创面常规压迫止血法,对术后出血量,术后伪膜形成,腭弓、悬雍垂肿胀淤血情况,术腔有无积液,进食情况等进行比较。结果 儿童扁桃体切除术后缝合处理扁桃体创面较常规压迫止血法对患儿术后的影响小,经统计学 Fisher's 确切概率法检验, $P < 0.05$ 。结论 儿童扁桃体切除术后缝合处理扁桃体创面并发症少,恢复快。

[关键词] 儿童扁桃体; 切除术; 创面缝合

[中图分类号] R 766.18 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)08-0773-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.29

Therapeutic observation of incision closing after tonsillectomy in children WEN Li-hui, YANG Zheng-guang, HUANG Bo, et al. Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, the Second People's Hospital of Qin Zhou City, Guangxi 535000, China

[Abstract] **Objective** To compare the influence of incision closing and pressing hemostasis on the recovery of the surgical injured area of tonsilla after tonsillectomy in children. **Methods** A total of 68 randomly selected chronic tonsillitis children were studied. Of them, 34 were managed with incision closing after tonsillectomy, while the others were treated with routine pressing hemostasis. Parameters analyzed include volume of bleeding, formation of pseudomembrane, tumescence and congestion of the palatine arch and uvula, empyema of incision, diet after operation. **Results** The influence of incision closing on the recovery of the surgical injured area of tonsilla is less than that of routine pressing hemostasis after tonsillectomy in children ($P < 0.05$). **Conclusion** Incision closing of the surgical injured area after tonsillectomy of children has fewer complications and favors the recovery of surgical injured area of tonsilla.

[Key words] Tonsilla of children; Tonsillectomy; Incision closing

慢性扁桃体炎多为急性扁桃体炎反复发作而成,也可继发于某些急性传染病之后^[1],是耳鼻咽喉科常见病。有资料显示其在人群中自然患病率为2.9%,高发年龄为3~7岁,目前扁桃体摘除术仍是治疗慢性扁桃体炎的主要方法之一^[2]。扁桃体切除手术是耳鼻咽喉科常规手术,手术方式成熟,但在术后仍然存在出血、疼痛、感染等并发症。临床一直在研究何种手术方式能够减轻术中、术后患者的痛苦,减少手术并发症,使创面恢复快。我科2007年起将有手术适应证的慢性扁桃体炎患儿采用气管插管全麻(被认为是一种安全可靠的麻醉方法之一)^[3,4]下行扁桃体切除术后创面缝合,与不缝合进行对比,观察出血、疼痛、感染等并发症的发生情况,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 68例患儿均来自我院耳鼻咽喉科2007-12~2010-12收住的慢性扁桃体炎患儿。其中男37例,女31例,年龄5~14(8.32±2.31)岁,共136枚扁桃体,病程最短3年、最长8年。急性扁桃体炎反复发作35例,扁桃体过度肥大妨碍吞咽、呼吸26例,病灶性扁桃体炎7例。按完全随机方法分为治疗组和对照组,每组34例。观察组男性15例,女性19例,年龄5~14(8.59±2.16)岁。对照组男性21例,女性13例,年龄(8.06±2.46)岁。两组在年龄、性别构成差异无统计学意义,具有可比性。慢性扁桃体炎诊断标准参照文献^[1]:腭扁桃体增生肥大,有反复发作咽痛、易感冒或扁桃体周围脓肿的病史;触诊扁桃体有硬感、腭舌弓明显慢性充血、隐窝口处有黄白色脓栓。

1.2 治疗方法 病人入院诊断明确,完善相关检查后行手术治疗。麻醉方式全部插管全身麻醉;病人采取垫肩仰卧位,手术方式采用剥离法扁桃体切除

术经典术式。常规入路及剥离方法切除扁桃体。扁桃体切除后采用1号丝线间断缝合舌腭弓、咽腭弓创面,缝合3~4针,缝合时注意缝合深度,以不残留死腔为宜。手术后常规禁食6h后进冷流质,术后第1天开始予以软质饮食,术后给予止血药1次、抗生素3~6d,术后每日口腔护理2~3次,预防感染及止血。对照组按传统方法压迫止血,未作缝合。

1.3 术后观察指标 (1)出血量统计:嘱患者将口腔内血性分泌物吐入有量筒中。(2)评估术腔感染情况:腭弓腭垂肿胀淤血、术腔伪膜生长情况。(3)术后疼痛评估:患儿进食情况。

1.4 统计学方法 应用统计软件SPSS13.0进行统计学处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两样本均数比较采用 t 检验;计数资料采用Fisher's确切概率法。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

结果表明,治疗组术后出血量、术后进食时间、术后感染情况等均优于对照组(P 均 < 0.05),说明治疗组较对照组能明显改善扁桃体切除术的手术效果。见表1~3。

表1 两组术后出血情况比较[n(%)]

组别	例数	10 ml ~	20 ml ~	> 30 ml
治疗组	34	24(70.6)	10(29.4)	0(0.0)
对照组	34	10(29.4)	19(55.9)	5(14.7)

注:因1/5以上的格子理论数 < 5 ,统计时将20~及 > 30 的数据合并。Fisher's确切概率法 $P = 0.017$

表2 两组术后进食情况比较[n(%)]

组别	例数	术后第1天	术后第2天	术后第3天
治疗组	34	29(85.3)	4(11.8)	1(2.9)
对照组	34	21(61.8)	12(35.3)	1(2.9)

注:因1/5以上的格子理论数 < 5 ,统计时将术后第2天及术后第3天的数据合并。Fisher's确切概率法 $P = 0.005$

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