

速即纱为氧化再生的一种纤维编织纱块,可助形成血栓达到快速止血效果,其作用特点为:(1)快速止血,速即纱可作止血基质促血块凝结,加速止血全过程。速即纱是否发挥作用可不依赖体内凝血机制是否正常,其对抑制小血管处出血效果明显,通过内源性机制止血可在 10 min 内获得止血效果;(2)吸收完全:速即纱留体内 7 d 基本被完全吸收,且对周围组织几乎无特异性反应,作者结合临床工作,在治疗过程中尚未有毒、过敏、排斥反应发生;(3)使用方便:速即纱如织物,极易附着在不规则出血面,且在器械、手套等医用器械表面无黏附。使用时可应用缝、包、填、敷方法,几乎所有外科手术方法均可广泛应用。故术中如出现结扎等止血方式无效时,可通过速即纱行小动脉、毛细血管、静脉止血。

血液凝固为体内预防血液过量丢失环节之一。心脏手术时由于对心室、心房、血管缝合时针孔常存少量渗血,需加垫缝合方可达到良好止血效果,但术中过多缝合亦使组织损伤增加,麻醉、手术时间延长,患者术中风险增加。本组研究中喷涂蛋白胶、填敷速即纱出血处,在创面处形成牢固吸附底座及透明凝胶膜,使创面组织紧密粘附,细小被堵塞,使创面封闭,渗血得以控制。

在术中对粘连部位剥离时常出现小静脉、创面出血,将胶喷涂出血处即可达止血效果。对较深创面如出现紧邻大血管不易结扎、电灼,行不易暴露部位钳夹、缝扎局部止血时,蛋白胶局部喷涂下多数情况可取较好效果。如存在小动脉出血,先予速即纱填垫再予喷涂蛋白胶,起直接压迫止血。故在对心脏手术中应用速即纱联合蛋白胶止血时较方便,提高手术安全度,不易导致周围组织损伤发生。

在心脏外科术中,在缝合材料及操作技术不断推陈出新,术中出血量、术后并发症较往常减少。结合本组研究,联合组较单用组术后 24 h 出血量少[(60.1±0.1)mL],术后输血量少[(90.1±6.9)mL],拔除引流管时间短[(1.9±0.1)d],差异有统计学意义($P<0.05$),该结果与国外研究结果相一致^[7-9]。联合组术后拔管时间缩短明显,有助于患者手术后康复治疗的前提开始。由于联合组术后引流量较少,使术后用血量降低,亦控制血源传播性疾病发生,较大程度降低患者住院费用。作者查阅相关资料,速即纱、生物蛋白胶均具良好生物间相容性,植入体内后异物、炎症反应低,组织坏死、纤维化病

· 经验交流

三叉神经微血管减压术后脑脊液鼻漏的治疗和预防

汪 璟,鲁晓杰[△],苗增利,王 清,陈开来

(南京医科大学附属无锡市第二人民医院神经外科,江苏无锡 214002)

摘要:目的 三叉神经微血管减压术(MVD)术后出现脑脊液鼻漏的治疗及预防方法。方法 总结 2009~2011 年 150 例行 MVD 术的三叉神经病患者。其中有 4 例出现脑脊液鼻漏,均采用腰池持续引流,取半卧位,伤口行加压包扎,1 例在发现脑脊液鼻漏后立即手术行脑膜修补。**结果** 4 例患者均在治疗 1 周后脑脊液鼻漏停止,随访 1 个月无复发。**结论** MVD 术后脑脊液鼻漏关键在预防,术中修补脑膜行原位缝合并取自体筋膜结合医用胶水进行加固、密封。对于乳突气房在咬除骨质时进行第 1 次骨蜡封填,在脑膜修补完成,术野冲洗过后骨蜡再次封填乳突气房,通过以上方法可以大大减少 MVD 术后脑脊液鼻漏的发生。

关键词:三叉神经痛;脑脊液鼻漏;神经微血管减压术

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.04.038

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)04-0450-03

原发性三叉神经痛是常见的一种神经外科疾病,是一种位于三叉神经分布区域内反复发作的阵发性剧痛,分为原发性

变少,且对大肠杆菌、粪肠杆菌、脆弱杆菌、金黄色葡萄球菌均起杀灭作用^[10]。

速即纱、生物蛋白胶均为创面良好止血材料,在心脏手术中可减少术后出血量、输血量,提前拔管时间,临床效果满意。

参考文献:

- [1] 吴龙. 心脏手术后床边开胸止血(附 94 例分析)[J]. 中国现代医学杂志,2005,15(2):247-249.
- [2] 周忠笑. 生物止血敷料及纱布在外科伤口中的应用评价[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(51):9635-9638.
- [3] 董隽,高江平,徐阿祥,等. 不阻断或短时间阻断肾动脉行腹腔镜保留肾单位手术[J]. 中国微创外科杂志,2007,7(12):1186-1188.
- [4] 陈湘,刘红叶,李勇,等. 后腹腔镜下肾错构瘤剔除术[J]. 中南大学学报:医学版,2006,31(4):604-606.
- [5] Englehart MS, Cho SD, Tieu BH, et al. A novel highly porous silica and chitosan-based hemostatic dressing is superior to HemCon and gauze sponges[J]. J Trauma, 2008,65(4):884-890.
- [6] 蔡秋程,吕立志,张小进,等. 肝外伤术后再出血外科诊治[J]. 临床外科杂志,2009,17(9):606-607.
- [7] Saha SP, Muluk S, Schenk W 3rd, et al. Use of fibrin sealant as a hemostatic agent in expanded polytetrafluoroethylene graft placement surgery[J]. Ann Vasc Surg, 2011, 25(6):813-822.
- [8] You TM, Choi BH, Zhu SJ, et al. Treatment of experimental peri-implantitis using autogenous bone grafts and platelet-enriched fibrin glue in dogs[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2007,103(1):34-37.
- [9] 潘春荣,肖劲逐. 耻骨上前列腺摘除术中止血的改进[J]. 海南医学,2006,17(6):58.
- [10] 郑雪庆,邹鼎明. 168 例原发性肝癌切除术后肝创面的处理[J]. 中国现代手术学杂志,2006,10(2):122-123.

(收稿日期:2012-09-19 修回日期:2012-10-29)

(特发性)和继发性(症状性)两种^[1]。它以严重的面部发作性疼痛为主要表现,严重影响了患者的生存质量。目前,认为大多数原发性三叉神经痛是由于微血管压迫三叉神经感觉根入脑干段所造成^[2],小脑上动脉、椎动脉、小脑前下动脉、基底动脉及某些小静脉等均可成为责任血管^[3]。基于这一学说,近年来,神经微血管减压术(microvascular decompression, MVD)已成为治疗三叉神经痛的安全、有效的手术方式^[4]。然而,术后出现的一些并发症却影响了手术的效果,延长了患者的住院时间,MVD术后脑脊液鼻漏就是其中之一,发生率在2.17%左右^[4]。本文报道了150例三叉神经病患者,对其行MVD术后发生脑脊液鼻漏的病例进行了分析,总结其治疗和预防的方法。

1 资料与方法

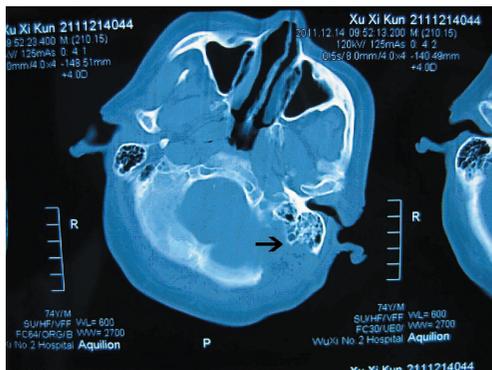
1.1 一般资料 2009年1月至2011年11月共收治150例三叉神经痛患者行MVD,其中男72例,女78例,年龄37~89岁。150例患者均口服卡马西平治疗效果不佳或出现明显药物反应。所有患者在术前行MRI检查排除颅内占位,同时采用磁共振断层血管成像(magnetic resonance tomographic angiography, MRTA)评估临近血管是否对三叉神经进行压迫。在此类序列图像中,神经和血管呈低信号,与高信号的脑脊液可获得很高的对比度^[5]。术后第1天常规行颅脑CT平扫检查,了解术区有无出血,皮下有无积液等情况。

1.2 MVD方法 手术均采用患侧实际乳突内侧弧形切口,长约3cm,磨除直径约2cm的骨窗,充分暴露横窦-乙状窦交汇处,被打开的乳突气房用骨蜡加以封填。紧邻横窦-乙状窦打开硬膜,充分放出脑脊液,待脑压下降后寻找并明确压迫、骚扰三叉神经的责任血管,用Teflon将其与相关血管隔开。原位缝合脑膜,用自体筋膜及EC耳胶修补缺损处,分层缝合肌肉、皮肤。

2 结果

150例三叉神经痛患者中术后4例出现脑脊液鼻漏,4例均在术后3d出现,最长1例在术后10d出现。4例患者均采用腰池持续引流,取半卧位,伤口行加压包扎。其中1例在发现术后脑脊液鼻漏后立即行原切口进入,术中发现原封堵被打开气房之骨蜡部分松动,硬膜缝合处有脑脊液渗漏,予以乳突气房重新骨蜡封填并修补脑膜脑脊液渗漏处,术后予以腰池持续引流。4例患者均在治疗1周后脑脊液鼻漏停止,随访1个月无复发。

4例患者术后颅脑CT均发现乳突气房气化明显并多个气房被打开,见图1。



黑色箭头所指:气化充分的乳突气房。

图1 MVD术后CT(骨窗)

3 讨论

三叉神经痛的发病率为3/10万~5/10万^[6],MVD的目的在解除受压的神经不再受压迫,虽然临床有较多复发病例,但该方法仍被认为是目前治疗三叉神经痛最为安全、有效的治疗方法^[7],并逐渐成为神经外科医生的首选治疗方法。而在同时,尽可能地减少并发症的发生,提高手术效果也越来越得到神经外科医生的重视。脑脊液鼻漏是MVD术后常见的并发症之一,并可能引起严重的中枢神经系统感染,从而产生严重后果^[8]。MVD术后脑脊液鼻漏因其特殊性也被很多神经外科医生所认识和重视,作者认为导致出现脑脊液鼻漏的原因有以下几点:(1)由于术中需尽可能暴露乙状窦边缘而要咬除乳突骨质,而不可避免地打开乳突气房,对于乳突气化明显的患者更加明显;(2)因采用了微创显微技术,骨窗较局限,脑膜打开面积也较小,故大多数情况下均采用原位缝合脑膜,加之在打开脑膜前进行了脑膜悬吊,故脑膜缝合张力较大,甚至出现脑膜撕裂,在缝合后脑脊液仍可能通过缝合脑膜处时留下的针眼或较小的硬膜撕裂处或筋膜与脑膜裂口医用EC耳胶未充分粘着处渗出,Miller等^[9]也得出类似结论。

对于出现MVD术后脑脊液鼻漏的患者作者采用了腰池持续引流,尽量采用半卧位或头部抬高,严禁填塞或冲洗鼻腔,防止逆行感染,保持大便通畅,避免用力打喷嚏、咳嗽能引起颅内压增高的因素^[10],伤口行加压包扎的方法,取得了较好的效果,无一例出现颅内感染。但作者仍认为术后需密切关注患者鼻腔、耳及伤口漏液等情况,一旦发现应及时早期行腰池引流,减少脑脊液从脑膜渗出,同时予以伤口加压包扎,促进肌肉等软组织生长覆盖在硬膜表面,自然封闭脑膜漏口。若腰池引流后仍未见明显好转的则需行手术修补。本组患者中1例行手术修补,术中发现原封填乳突气房处的骨蜡已松动,作者认为骨蜡封填乳突气房在咬除乳突骨质时进行,之后的悬吊硬膜、冲洗术野等操作均可能使部分骨蜡松动而导致乳突气房与外相通,继而脑脊液进入气房并通过咽鼓管而从鼻腔流出,张海等^[11]也有同样的观点。手术予以再次封填乳突气房后鼻漏停止。

作者认为MVD术后脑脊液鼻漏关键在预防,术中修补脑膜时若原位缝合困难可取人工脑膜进行加固、密封。李宁等^[12]在修补脑膜时使用人工脑膜预防脑脊液漏并取得不错效果。本研究未采用此种方法,而是使用自体筋膜修补原位缝合脑膜不严密处,自体筋膜与人工脑膜相比有其自身的一些优点:(1)自体筋膜无异物反应,大大降低了异物源性排异反应及颅内感染;(2)自体筋膜质地柔软,顺应性、柔软性均较好,在使用EC医用耳胶时能很好地覆盖及黏附在脑膜缝合不严密处从而达到一种较满意的密闭效果。对于乳突气房在咬除骨质时进行第一次骨蜡封填,在脑膜修补完成,术野冲洗过后骨蜡再次封填乳突气房,避免冲洗等操作导致骨蜡松动,Mrak等^[4]在手术操作中也注意到了这个细节,作者在采用此种方法后未再出现脑脊液鼻漏。若术后出现了脑脊液鼻漏,早期采用腰池持续引流,取半卧位,伤口行加压包扎,大部分患者能痊愈。

参考文献:

- [1] 朱遵燕,杨晓秋.神经肽与原发性三叉神经痛[J].重庆医学,2010,39(5):611-613.
- [2] Forbes J, Cooper C, Jermakowicz W, et al. Microvascular decompression: salient surgical principles and technical

- nuances[J]. J Vis Exp, 2011, 5(53): 2590-2594.
- [3] Benes L, Shiratori K, Gurschi M, et al. Is preoperative high-resolution magnetic resonance imaging accurate in predicting neurovascular compression in patients with trigeminal neuralgia[J]. Neurosurg Rev, 2005, 28(2): 131-136.
- [4] Mrak R, McLaughlin E, Peter J, et al. Microvascular decompression of cranial nerves: lessons learned after 4 400 operations[J]. J Neurosurg, 1999, 90(1): 1-8.
- [5] 尤超, 陈克敏, 柴维敏. 三叉神经痛的 MR 成像[J]. 放射学实践, 2011, 26(8): 902-903.
- [6] Love S, Coakham HB. Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis[J]. Brain, 2001, 124(Pt 12): 2347-2360.
- [7] 王仕权. 120 例三叉神经痛患者临床诊疗分析[J]. 中国健康月刊, 2011, 30(8): 106-107.
- [8] Samii M, Gunther T, Iaconetta G, et al. Microvascular analysis of 217 cases[J]. Neurosurgery, 2002, 50(4): 712-718.
- [9] Miller JP, Acar F, Burchiel KJ. Classification of trigeminal neuralgia clinical, therapeutic, and prognostic implications in a series of 144 patients undergoing microvascular decompression[J]. J Neurosurg, 2009, 111(6): 1231-1234.
- [10] 孙英. 鼻内镜下行上颌神经和眶下神经切除治疗三叉神经痛的护理[J]. 实用临床医药杂志, 2008, 4(3): 62-63.
- [11] 张海, 刘阳. 微血管减压术治疗原发性三叉神经痛术后并发症处理[J]. 中国中医药咨询, 2010, 2(2): 232-233.
- [12] 李宁, 赵卫国, 沈健康, 等. 应用人工脑膜预防神经微血管减压术后脑脊液漏[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22(4): 237-239.

(收稿日期: 2012-09-23 修回日期: 2012-10-31)

· 经验交流 ·

58 例经闭孔无张力阴道吊带术治疗女性压力性尿失禁的临床分析

雷 弋¹, 王 岭^{1△}, 母健君¹, 张天德¹, 钱济穷¹, 白 冰¹, 李炯明²

(1. 四川省攀枝花市中心医院泌尿外科 617000; 2. 昆明医科大学

第二附属医院微创泌尿外科, 昆明 650101)

摘要:目的 探讨经闭孔无张力阴道吊带术(TVTO)在女性压力性尿失禁(SUI)中的临床应用价值, 实现其在基层医院中的推广应用。**方法** 对 52 例单纯性 SUI 和 6 例混合性尿失禁患者行 TVTO, 并于术前、术后进行评估, 回顾性分析其临床疗效及并发症。**结果** 58 例手术均成功, 平均手术时间 18 min, 平均出血量 16 mL, 术后平均住院时间为 2.9 d, 随访 3~15 个月。术后排尿功能良好, 56 例治愈, 2 例改善。6 例发生了短暂的排尿困难, 4 例自行缓解, 2 例延长了留置尿管时间恢复; 2 例出现了腹股沟区疼痛不适和大腿内侧皮肤感觉功能减退。**结论** TVTO 是一种治疗 SUI 安全有效的方法, 具有创伤小、易操作、并发症少、效果好、麻醉要求低等优点, 适合在基层医院中应用。

关键词:尿失禁; 压力性; 无张力阴道吊带术

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.04.039

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2013)04-0452-02

压力性尿失禁(SUI)是中老年女性的一种常见疾病。国际控尿协会(international continence society, ICS)将 SUI 定义为腹压的突然增加导致尿液不自主地从尿道外口流出, 其典型症状表现为在腹压增加如咳嗽、喷嚏、大笑、行走等时出现不自主漏尿^[1]。本病发病率高, 严重影响中老年女性生活质量, 但国内治疗本病的手术大多存在损伤盆腔脏器(如膀胱、尿道、肠道等)、神经、血管等缺点。经闭孔无张力阴道吊带术(TVTO)是一种新的手术方式, 采用了“由内到外”新的穿刺路径, 避开了各重要的盆腔组织器官, 减少了膀胱损伤、盆腔出血及血肿形成等并发症的发生^[2]。本院对 52 例单纯性 SUI 和 6 例混合性尿失禁患者行 TVTO, 效果良好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 10 月至 2011 年 11 月本院收治了 52 例单纯性 SUI 和 6 例混合性尿失禁患者。年龄 45~76 岁, 平均 55.6 岁; 孕次 2~6 次, 平均 3.3 次, 48 例已绝经; 病程 2~25 年, 平均 13 年。所有患者术前均行尿动力学检查证实有 SUI, 诱发试验及膀胱颈抬举试验均阳性, 单纯性 SUI 无膀胱逼尿肌受损和神经源性膀胱的病史, 无尿频、尿急、急迫性尿失

禁和膀胱过度活动症的表现, 无排尿困难。6 例混合性尿失禁伴有轻度的急迫尿失禁和不稳定膀胱。所有患者术前检查无尿路感染, 测残余尿小于 20 mL。无明显的盆腔脏器脱垂(pelvic organ prolapse, POP)。

1.2 手术材料 采用美国强生公司的 TVTO 装置。

1.3 麻醉及体位 所有患者均取截石位, 持续硬膜外麻醉 46 例, 腰部麻醉 8 例, 局部麻醉 4 例。

1.4 手术方法 按照 de Leval^[2]于 2003 年发表的经闭孔吊带治疗尿失禁手术方法进行, 手术均由同一名医生完成。

1.5 术后处理 单纯性 TVTO 术后适当应用抗菌药物预防感染, 术后 2 d 拔出尿管试行排尿, 1 个月内避免性生活, 3 个月内避免剧烈活动。

1.6 随访及疗效评估 术后第 1、3、6、12 个月门诊复查, 包括主观症状和客观检查, 尿垫试验、术后 ICI-Q-SF 评分等。疗效评估包括治愈、改善和无效。治愈为主观感觉无漏尿、客观查体无压力下漏尿, 改善为主观感觉漏尿好转、1 h 尿垫试验漏尿量比术前减少 50% 以上, 无效为主观感觉漏尿无好转、1 h 尿垫试验漏尿量较术前减少未达 50%。