

者中年老体弱者占有很大比例,并且大多数患者合并冠心病、肺心病、高血压、糖尿病、脑血管疾病等基础病,由于疾病反复发作,使用了多种抗生素,导致革兰氏阴性杆菌的感染可能性高,革兰氏阴性杆菌的寄生与宿主的健康状况有关,原发病越重,革兰氏阴性杆菌寄生率越高,革兰氏阴性杆菌感染的发生机会就越大^[3]。NCCLS 对于细菌药物敏感试验中的抗菌药物选用有详细的分组^[4],临床上应优先选用一线药物或有效的窄谱抗菌药物。产 ESBLs 可以考虑使用碳青霉烯类和含酶抑制剂的药物,对于耐甲氧西林金黄色葡萄球菌及凝固酶阴性葡萄球菌(MRSA 和 MRCNS)可以选择多肽类、磺胺类、利福霉素类药物,而对于耐万古霉素肠球菌(VRE)可以选择氯霉素类、大环内酯类、四环素类和利福霉素类抗菌药物。某种抗菌药物使用一段时间出现耐药性的

趋势时,可考虑停用该药,而换用另一种临床有效的抗菌药物,不仅可提高疗效,而且耐药菌株也会明显减少。综上所述,细菌耐药率的升高直接与抗菌药物用量有关。

参考文献

- [1] 丁秀华,岳向荣. 67 株阴沟肠杆菌的感染及耐药性分析[J]. 临床荟萃,2006,21(12):887.
- [2] 魏殿军,宋诗铎. 天津八家医院院内、外感染常见病原菌耐药调查[J]. 天津医药,2004,5(32):262.
- [3] Aeourt C Garrard Cs. Nosocomial pneumonia in the intensiv care unit: mechanisms and significance[J]. Thorax,1992,47:465.
- [5] National Committee for Clinical Laboratory Standards Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility[S]. Ninth Informational Supplement, NCCLS,2004.

脑出血外科微创手术治疗 47 例

★ 黄金根 周小华 邹燕敏 黄智勇 (江西省新钢中心医院 新余 338001)

关键词: 高血压;脑出血;微创手术

高血压脑出血是指由于原发性高血压病引起的脑实质内出血。其起病突然,发病率、致残率和死亡率都很高,虽然高血压脑出血的治疗方式日益增多,但目前其病死率仍在 40% 左右,且约有 3/4 的存活患者遗有不同程度的残疾^[1]。随着外科手术方法的改进和手术技术的提高,治疗效果明显提高,死亡率亦明显下降,我科自 2004 年 6 月~2007 年 4 月采用微创手术方法治疗高血压脑出血 47 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 47 例男 31 例,女 16 例;年龄 45~87 岁,平均 69.3 岁。47 例均有高血压病史,入院时按格拉斯哥昏迷(GCS)评分,12~14 分 6 例,9~11 分 21 例,6~8 分 17 例,3~5 分 3 例。呕吐 43 例,一侧偏瘫 36 例,失语 3 例。

1.2 出血部位和出血量 CT 扫描结果显示壳核出血 31 例,皮质下出血 12 例,丘脑出血 4 例。血肿量按多田公式计算:15~30 ml 21 例,30~60 ml 23 例,60~110 ml 3 例。

1.3 出血至手术时间 7 小时内 5 例,7~12 小时 26 例,12~48 小时 12 例,超过 48 小时 4 例。

1.4 治疗方法 本组在头颅 CT 扫描时运用长立方体三维立体定向原理^[2]在患者头部行三维立体定向画线,定出血肿的最大层面及血肿中心垂直对应的头皮点。同时测量出头皮至硬膜下、头皮至血肿靶点中心的长度等数据。术前病人烦躁者给适当镇静剂。术前血压高时给予硝苯地平片舌下含服,将血压控制在 140~170/90~100 mmHg 之间。局麻下应用 YL-1 型颅内血肿碎吸针进行钻颅,注意把握好方向,尽量避开脑部重要结构和功能区,垂直穿入脑内,缓慢进针到血肿边缘,穿刺深度为 CT 片上所测的血肿中心距颅骨的长度。术中抽出血肿量一般不超过出血量的 60%~70% 为宜,并用生理盐水反复冲洗,其余部分尿激酶溶解治疗,每天尿激酶 5 万 U+2 ml 生理盐水注入血肿腔内,且夹管 2~4 小

时放开引流管。术后给予积极内科治疗,20% 甘露醇 125 ml,8 小时/次脱水,及时减量、停用,以免血肿不易引流,生命体征平稳后尽早行神经内科康复治疗及高压氧治疗。

2 结果

2.1 术后并发症 术后再出血 2 例,应急性溃疡上消化道出血 7 例,肺部感染 9 例。

2.2 预后 本组 47 例患者恢复良好 31 例,中残 11 例,重残 3 例,死亡 2 例,其中 1 例术后 1 天脑内再出血,家属放弃抢救而死亡;1 例 10 天后死于严重的肺部感染。

3 讨论

高血压脑出血的治疗是一个综合过程,任何一个环节处理不好均将导致患者的死亡。因此,脑出血应早期或超早期手术,手术于发病后 3~6 小时较好,及早减轻血肿对脑组织的压迫,打破出血后一系列继发改变所致的恶性循环。对于脑内残留的血肿,行尿激酶溶解治疗。因为尿激酶能使纤维蛋白原降解为纤溶酶,纤溶酶可使纤维蛋白分解而使血凝块液化,尿激酶无抗原性及毒性,所以清除血肿快速彻底。

应用 YL-1 型颅内血肿碎吸针治疗过程中应注意以下几点问题:术前定位要准确;定位时尽量要避开脑重要功能区、硬脑膜窦及颅内外主要血管等重要结构;进针时一定要依据三维立体定向原理把握好穿刺方向、角度,以防偏离靶心;首次抽吸量应不宜过大,一般不超过出血量的 70%;加强术后综合治疗脑出血的症状,术后控制血压,脱水剂的正确使用及控制感染,减少并发症的发生和继发出血。

参考文献

- [1] 章翔. 临床神经外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:374-380.
- [2] 王忠诚,于春江,吴中学,等. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1998:253-254.