

锥颅 - 糜蛋白酶注入引流术治疗脑脓肿 42 例

柴清喜 冯才政 陈雪莹

461000 河南省许昌市人民医院脑外科

我院 1993 年 6 月 ~ 2003 年 12 月共收治脑脓肿 42 例, 均行锥颅置管引流。其中 15 例因脓液稠厚引流不畅, 我们采用间断注入糜蛋白酶治疗, 效果满意。

一般资料: 男 12 例, 女 3 例, 继发于颅脑损伤 4 例, 耳源性 6 例, 继发于副鼻窦炎 1 例, 原因不明 4 例。位于颞叶 8 例, 额顶叶 6 例, 顶枕叶 1 例。按多田氏公式计算脓肿体积, 20 ~ 60ml 12 例, 20ml 以下 3 例。年龄 12 ~ 65 岁, 平均 28 岁。脓液细菌培养阳性 9 例, 其中金黄色葡萄球菌 4 例, 大肠杆菌 2 例, 肺炎球菌 1 例, 混合感染 2 例。

治疗方法: 根据 CT 片, 在头皮相应部位贴标志进行二次 CT 精确定位, 选定头皮穿刺点, 于床边施术。穿刺点局部麻醉, 以 4 mm 颅锥常规锥颅, 然后将 3 mm 带金属导芯的硅胶管经骨孔进行脓肿穿刺, 根据脓腔大小确定置管深度, 使导管端位于脓肿腔中心, 穿刺成功后于头皮上缝合固定引流管, 留取脓液做细菌学检查后接闭式引流, 观察。对于脓液稠厚及引流不畅时, 以糜蛋白酶 4000U 溶入生理盐水 5 ~ 10ml, 根据脓腔大小及引流量多少适量

注入引流管, 然后夹闭引流管, 3 小时后开放引流, 即见稀薄脓液流出, 以后可根据情况每日 1 ~ 2 次。一般 2 ~ 5 天即不再有脓液流出, 复查 CT 脓腔消失即可拔管。手术前后常规应用抗生素, 脓液细菌培养及药敏试验后相应调整抗菌药物, 并可同时以敏感抗生素行脓腔内注入, 其他治疗同一般常规。

结果: 本组 15 例病人全部治愈, 其中 2 例术后次日拔管, 10 例 2 ~ 4 天拔管, 3 例术后 5 天拔管。出院前 CT 复查, 10 例脓肿腔消失, 4 例脓肿壁消失, 1 例留有小残腔但临床症状消失, 因经济原因出院。随访 11 例, 时间 1 ~ 8 年, 无复发及其他并发症。

讨论

穿刺抽脓、置管引流术和脓肿切除术是目前脑脓肿的主要治疗方法, 但穿刺抽脓及置管引流术很容易使管道堵塞, 导致抽吸引流不畅, 引流管滞留时间过长, 甚至手术失败或脓肿复发。尤其是金黄色葡萄球菌、耐酶金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等多种细菌引起的脑脓肿, 脓液稠厚, 穿刺抽脓或引流更容易使导管堵塞。脓肿切除术对病人创伤较大, 尤其是位于功能区和脑深部的脓肿, 在切除过程中对周围正常脑组织的损伤, 常造成不可挽回的后果。对于小儿先天性心脏

病并发脑脓肿以及年老体弱者, 更难以耐受这样的手术创伤。我们采用锥颅糜蛋白酶注入以稀释脓液便于引流, 克服了上述疗法的缺点。糜蛋白酶能使脓液消化变稀, 易于引流排出, 防止引流管堵塞, 加速了脓肿腔的净化, 而不损害正常脑组织。此外, 由于糜蛋白酶仅对已变性的蛋白质发生作用, 而脓肿周围的炎性肉芽组织、隔膜及脓肿壁的主要成分即为变性的神经胶质细胞和纤维细胞, 因此糜蛋白酶对于这些结构也有溶解与消化作用, 而这些异常组织在脑内是导致脓肿复发和诱发癫痫的重要因素。

本法治疗脑脓肿有以下优点: 可在床边局麻下施术, 简单、安全、易行, 尤其适用于功能区及深部脓液稠厚的脑脓肿。引流时间缩短且引流彻底, 从而缩短了住院时间, 降低了治疗费用。手术创伤小, 对脑组织的解剖生理干扰较轻, 恢复相对较快。手术后并发症及复发率低, 但由于本组例数尚少, 仍须进一步分析观察。

手术注意事项: 糜蛋白酶须现用现配。术前精确定位穿刺点、准确掌握穿刺方向与深度是手术的成功关键, 务求 1 次穿刺成功。注入的药液容量应小于脓腔的容积及所排除脓液的量, 注药速度宜慢。术后及注药后严密观察病情变化。

米非司酮配伍米索前列醇终止 10~20 周妊娠 72 例临床观察

周艳英

272100 山东省济宁樱花医院

选择 1998 年 9 月 ~ 2003 年 12 月在我院就诊的患者, 年龄 18 ~ 46 岁, 身体健康, 无心、肝、肾及肾上腺皮质功能不全, 42 例为观察组, 30 例作为对照组。

治疗方法: 两组米非司酮服药剂量相同, 方法不同, 米索前列醇服药方法相同。观察组服药方法为第 1 天下午 3 时 1 次顿服米非司酮 150mg, 第 2 天早晨 1 次顿服米索前列醇 600 μg, 之后, 根据宫缩、腹痛、阴道流血情况每 2 小时加服 200 μg, 总量不超过 1500 μg。对照组: 米非司酮第 1 天 9 时 1 片 (25mg), 下午 3 时 1 片, 晚 9 时 1 片, 第 2 天与第 1

天服法相同, 第 3 天早 6 时 1 次顿服米索前列醇, 用法同观察组。每次服药均于饭后 2 小时, 凉开水冲服。详细观察宫缩、腹痛、阴道流血及胎儿排出时间、胎盘娩出时间。

效果评定标准: 完全流产: 服米索前列醇后 24 小时内自行娩出完整胎儿、胎盘者; 不全流产: 胎儿、胎盘娩出不全, 出血量多需清宫者; 失败: 服米索前列醇后 24 小时未娩出胎儿、胎盘者。

结果: 见表。

讨论

米非司酮为受体水平抗孕激素药, 具有终止早孕、抗着床、诱导月经及促进宫颈成熟、引起子宫收缩的作用, 能明显增高妊娠子宫对前列腺素的敏感

性; 米索前列醇具有软化宫颈, 增强子宫张力及宫内压作用, 对各期子宫均有收缩作用。通过对 72 例米非司酮配伍米索前列醇终止 10 ~ 20 周妊娠的临床疗效对比证实, 一次性顿服米非司酮 150mg 配伍米索前列醇终止 10 ~ 20 周妊娠, 显著缩短了流产时间, 减少了出血量, 无需清宫, 减少感染机会。因此, 临床应用安全有效, 无明显不良反应, 痛苦小, 值得临床进一步推广应用。

表 两组临床疗效对比

组别	例数	完全流产	不完全流产	失败	总有效率 (%)
观察组	42	40	1	1	98.0
对照组	30	25	2	3	90.0