

图等专科检查排除其它脑、颈部疾患并确诊,且无合并症。

1.2 诊断依据^[1] 患侧颞、乳突部疼痛或酸胀,有时牵扯枕部;颈部活动受限,靠患侧睡眠时症状加重;触诊 C₃ ~ T₃ 间棘突及项韧带处有增厚或结节感;能触查到治疗病灶,此病灶压之酸痛无放射,按压后有舒适感;头颈向患侧旋转无力,用力旋转时疼痛加重,向健侧旋转时患侧出现牵拉痛,头颈后伸时疼痛加重。本组病例均符合以上诊断标准。

1.3 治疗方法 患者反坐于靠背椅上,屈颈,双手抱臂支撑颈部。在压痛点及肌紧张处或软组织异常改变处作一标记。戴无菌手套,局部皮肤常规消毒。刀刀线与肌纤维和血管神经的长轴一致,根据不同部位,针刀经皮肤、皮下组织到达病灶处时,病人局部或沿神经走行路线或神经支配区域内出现酸、沉、胀等“针感”感觉后,此时行纵行切割,纵行摆动、横行摆动等手法进行松解剥离,手法完成即出刀。针刀口外敷创可贴,术后 2 d 加强颈部旋转活动。

1.4 注意事项 ①乳突内侧有枕动脉沟,其内的枕动脉和枕静脉比较固定;在颞窝有颞浅动脉和颞浅静脉,应避免上述血管运针,切勿损伤;②额枕肌额腹一般不施术。

1.5 疗效标准 优:症状消失,功能恢复正常,随访半年无复发;良:症状基本消失,功能活动基本恢复正常;无效:症状及功能活动无改善。

1.6 治疗结果 优 25 例,良 4 例,无效 1 例,有效率 97%。治疗次数 1 ~ 3 次。随访半年均无复发。

2 讨论

头夹肌起于 C₃ ~ T₃ 的棘突及棘上韧带、项韧带,肌纤维向上外,止于颞骨乳突后缘和枕骨上项线,它和枕肌共同在上项线外侧端交织附着。枕肌又移行于帽状腱膜,与额肌一前一

后共同紧张帽状腱膜。当风、寒、湿、外伤、劳损、姿势异常等使头夹肌出现渗出,由于治疗不及时或不彻底,可进而形成粘连,继发帽状腱膜持续性紧张。由于这种持续性收缩引起肌肉缺血,钾离子浓度升高,可刺激组织中的化学感受器而引起头痛;另一方面,因肌肉持续性收缩可游离出化学性致痛物质,如乳酸、缓激肽、5-羟色胺等刺激感受器引起头痛^[2]。从感受器输出的有害刺激通过脊髓使交感神经兴奋,致头颈部肌收缩,更加重肌肉循环障碍,即进入恶性循环。肌紧张性偏头痛发病一般无颅周围骨骼肌器质性病变,大多是功能障碍所引起的肌肉收缩而导致头痛^[3]。

运用小针刀行闭合性手术,可松解粘连和变性软组织^[4,5],对头夹肌所致肌紧张性偏头痛有极好疗效。同时,由于小针刀对病变组织的机械性刺激,产生微量机械能,在病灶区机械能转变为热能,此热能可使毛细血管扩张,血流量增加,微循环通畅,加强了局部病变的营养供应,也能迅速带走病变部位堆积的致痛物质,促进炎症吸收,从而使疼痛症状迅速缓解,机体恢复伤前原有状态,重新达到静态和动态平衡。

参 考 文 献

- [1] 黄开斌,胡贤荒. 中国针刀学[M]. 上海:世界医药出版社,2000. 162 - 166.
- [2] 李仲廉,安建雄,倪家骥. 临床疼痛治疗学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1995. 210 - 212.
- [3] 李殿宁,游国龙,谢兴生. 针刀诊断与治疗精要[M]. 南京:华夏出版社,2007. 109.
- [4] 李 锋. 小针刀微创技术在跟痛症治疗中的应用[J]. 微创医学, 2007,2(4):346 - 347.
- [5] 梁家琮. 针刀治疗跟痛症 396 例临床疗效观察[J]. 广西医学, 2006,28(7):1024 - 1026.

(收稿日期:2008-11-02 修回日期:2008-12-21)

· 个案报告 ·

急性肠系膜上静脉血栓形成介入治疗 1 例报告

刘裕恒¹ 林勇军² 陈振祥¹ 韩林²

(1 广西壮族自治区人民医院介入治疗科,南宁市 530021;2 广西壮族自治区人民医院内科 ICU,南宁市 530021)

【关键词】 肠系膜上静脉血栓;溶栓治疗;介入治疗;病例报告

【中图分类号】 R 364.15 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)01-0076-03

急性肠系膜上静脉血栓是较难治疗、死亡率较高的肠道缺血性疾病,我们用介入手段处理,效果良好,报告如下。

1 临床资料

女,66岁,因反复心悸不适 5 月余于 2008 年 6 月 24 日入院。患者于 5 个多月前无明显诱因出现心悸,用力时症状加重,在外院以“房颤”治疗,症状无明显改善。既往有 8 年高血

压病史。入院查体:神清,精神可,口唇无发绀,两肺呼吸音清,心界不大,心率 82 ~ 92 次/min,心音强弱不等,节律不整齐。心电图检查示:异位心律,房颤。心脏彩超示:二尖瓣、三尖瓣关闭不全。甲功五项提示甲状腺功能亢进。患者在我院内分泌科治疗期间,无明显诱因于 2008 年 7 月 10 日下午出现腹部胀痛,呕吐一次,呕吐物呈咖啡色,24 h 未解大便。予禁食、胃肠减压、抗炎及补液维持水电解质平衡治疗。腹部平片:左上腹腔中等量充气,未见液平面。两膈下未见游离气体。超声检

查示:两侧中下腹肠管壁弥漫性增厚,考虑肠壁水肿。肠系膜上动脉未见狭窄及栓塞。腹部 CT 平扫:升结肠、横结肠肠壁增厚达 1.6 cm,肠腔狭窄,腹水,考虑为肠水肿,肠缺血。请外科会诊后,行腹穿抽出凝血 25 mL,以“肠系膜上动脉栓塞”于 2008 年 7 月 11 日转入内科 ICU。查体:T 36.7℃,R 25 次/min, BP 134/88 mmHg,神清,精神差,急性痛苦面容,双肺呼吸音清,未及干湿性啰音。心率 134 ~ 156 次/min,心音强弱不等,腹平坦,全腹部压痛,以下腹部明显,下腹肌稍紧张,有反跳痛。肝脾触及不满意,移动性浊音(+),肠鸣音消失。血常规:WBC $9.7 \times 10^9/L$, N 83.1, HGB 89 g/L, PLT $239 \times 10^9/L$ 。因患者及家属不同意行剖腹探查,急诊行肠系膜上动脉(superior mesenteric artery, SMA)造影。术中采用改良 Seldinger 技术穿刺右侧股动脉,导入 5F 动脉鞘,送入 4F Yashiro 导管做肠系

膜上动脉造影,示肠系膜上动脉及其分支痉挛,血流减慢,未见充盈缺损,升结肠呈管状增粗,肠系膜上静脉部分分支未显影。明确诊断后,将导管置于肠系膜上动脉近端,以输液泵经导管 15 min 内注入尿激酶 50 万 U 后持续动脉灌注尿激酶,总量 50 万 U/24 h。经导管动脉内注射罂粟碱 30 mg, 3 次/d。低分子肝素钠 4 000 U 皮下注射, 2 次/d。监测凝血功能,调整药物用量。治疗 3 d 后经留置导管造影复查示肠系膜上动脉痉挛消失,肠系膜静脉全部再通。CT 示广泛肠管变厚大部分消失,腹水征消失。治疗前后情况见图 1 ~ 4。左侧中腹部见一局限性肠管增厚,继续保留导管溶栓治疗。术后 10 d 复查腹部 CT,示肠壁无增厚,腹水消失。保留导管 10 d 后撤除。术后随访 40 d,患者无恶心、呕吐、腹痛等。



图 1 肠系膜上动脉造影示肠系膜上动脉及其分支痉挛,血流减慢,未见充盈缺损,升结肠呈管状增粗。

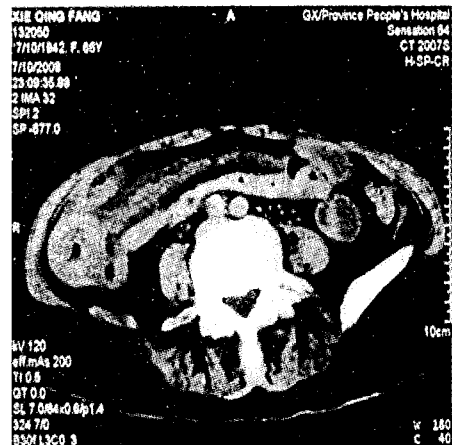


图 2 治疗前腹部 CT 平扫:升结肠肠壁及肠系膜广泛增厚,肠腔狭窄。



图 3 抗凝及溶栓治疗 3 d 后,造影复查示肠系膜上动脉痉挛消失,原呈管状增厚的升结肠恢复正常,腔内有少量气体。



图 4 介入治疗 3 d 后复查 CT 示原升结肠肠壁及肠系膜恢复正常。

2 讨论

肠系膜上静脉血栓形成(superior mesenteric venous thrombosis, SMVT)是一种少见的肠缺血性疾病,SMVT 常见病因有高凝状态、门脉高压、腹部感染、创伤、胰腺炎、肿瘤等。临床上常以腹痛为主诉,并可伴有恶心、呕吐等非特异性症状,病死率高达 40%。当患者出现不易用常见消化系统疾病解释的

症状,且存在血栓形成的高危因素时,应考虑本病的可能,及早做超声及腹部 CT 有助于明确诊断。

超声检查可发现腹腔内积液,肠管扩张,肠系膜上静脉内径增粗和低回声血栓充填。彩色多普勒血流显像(CDFI)可见门静脉、肠系膜上静脉内无血流或血流异常。CT 平扫 MVT 的间接征象有肠壁增厚呈多层状、肠腔狭窄和腹腔积液、肠系膜积液等,增强 CT 扫描诊断 MVT 最直接征象是肠系膜上静脉

内低密度血栓形成的充盈缺损^[1]。本例患者超声检查示肠管增厚,CT平扫示肠壁及肠系膜增厚,肠腔狭窄,腹腔积液。但未行肠系膜上静脉彩超检查,因病情较重,未行增强CT扫描。

MVT肠系膜上动脉造影的基本征象是:①肠系膜动脉及其分支痉挛,显影时间延长;②肠系膜静脉延迟显影或不显影;③肠系膜静脉内主干或较大分支内的充盈缺损;④栓塞血管周围可见侧支循环形成^[2]。本例在造影时可见肠系膜上动脉痉挛,显影时间延长,肠系膜上静脉部分分支不显影。升结肠呈管状增粗,与CT表现相符。

本例一经诊断即经SMA留置导管行溶栓治疗,先输液泵经导管15 min内注入尿激酶50万U后持续动脉灌注尿激酶,持续灌注尿激酶用量为50万U/24 h。抗凝治疗与溶栓治疗同步进行。予低分子肝素钠4 000 U皮下注射,2次/d,3 d后

改口服华法令片。每天复查凝血四项,调整药物用量,使患者PT、APTT维持在正常值的1.5~2.5倍之间。考虑到MVT时肠系膜处于痉挛状态,是肠缺血坏死的主要原因,本例在溶栓治疗的同时予肠系膜动脉灌注罂粟碱治疗。本例患者经抗凝、溶栓及解痉治疗3 d后,病情明显缓解,10 d后恢复正常进食。

参 考 文 献

[1] 杜二珠,王豫平,张永生,等.急性肠系膜上静脉血栓形成的影像学诊断[J].临床放射学杂志,2006,25(11):1034-1036.
[2] 李 选,欧阳强,萧湘生.肠系膜静脉血栓的介入治疗[J].介入放射学杂志,2006,16(4):202-205.

(收稿日期:2008-10-25 修回日期:2008-12-25)

· 微创护理 ·

腹腔镜下胰十二指肠切除术护理要点

陆世翠 余艳丽 黄秀菊

(广西医科大学第一附属医院微创外科中心,南宁市 530021)

【关键词】 腹腔镜;胰十二指肠切除;护理

【中图分类号】 R 657.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)01-0078-02

胰十二指肠切除术(pancreatoduodenectomy, PD)由于解剖复杂,手术时间长,创面大,手术并发症及死亡率均较高,术后有延迟胃排空、胰漏、胆漏、吻合口瘘、伤口感染、应激性溃疡等并发症,是风险大、难度高的复杂手术。我中心自2002年11月至2003年12月在腹腔镜下实施该手术13例,微创效果明显优于传统开放手术,其创伤小、恢复快、出血少,缩短住院日,减轻患者痛苦,同时减轻护士工作量,节省护理人力,提高工作效率,现将相关的护理要点总结如下。

1 临床资料

本组患者13例,男9例,女4例,年龄35~76岁,平均55.7岁。其中十二指肠乳头癌7例,壶腹部癌3例,胰头腺癌1例,胰头内分泌小细胞癌1例,十二指肠并胆总管下段癌1例。肿瘤大小1.0~5.0 cm,平均2.7 cm。术前有梗阻性黄疸者11例(其中1例合并胆道感染),胃溃疡大部分切除Ⅱ式吻合术病史1例,合并出血性胰腺炎1例。13例患者全部经腹腔镜完成手术,手术时间390~630 min,平均出血量800 mL,术后平均4.7 d恢复肛门排气,平均住院时间为26.6 d。

2 护 理

2.1 术前准备

2.1.1 心理护理 术前对病人耐心讲解疾病的特点及相关治疗,应用已顺利完成的手术案例、图片向患者、家属讲解腹腔

镜手术有打击小、术后恢复快、腹部切口小等优势,同时说明手术的重要性、安全性,予心理安慰、解除顾虑,取得病人全面的支持和配合。

2.1.2 饮食护理 加强营养,纠正低蛋白血症。术前血清总白蛋白要求≥30 g/L,宜给高蛋白、高维生素、高糖低脂饮食。本组有8例存在不同程度的食欲下降,有5例病人术前静脉滴注入血白蛋白10 g/d,有2例输入新鲜冰冻血浆。

2.1.3 除完善常规检查外,还进行螺旋CT平扫+增强检查确诊,有条件者最好在内镜技术(ERCP)下行组织活检。本组有10例进行了组织活检,病检材料得出病变的具体部位、大小及其与重要血管的关系。减少了手术时间,减轻病人的痛苦。术前监测凝血酶原时间、肝功能,补充维生素K,保肝治疗,控制ALT、AST在50以下,凝血功能调整至正常或接近正常再进行手术。

2.1.4 术前肠道准备,术前3 d口服甲硝唑、链霉素,进半流质饮食。术前1 d晚上服蓖麻油25 mL、洗肠粉3小包冲开水喝,术晨清洁灌肠,留置胃管,避免术后腹胀。

2.2 术后护理

2.2.1 予床边多参数心电监护仪严密监测血压、心率、血氧饱和度,予持续吸入氧气3 l/min,促进病人体内残留的二氧化碳排出。注意尿量变化,监测中心静脉压,遵医嘱补充液体,保证每日热量需要,防止发生低血容量。

2.2.2 腹部伤口观察 腹腔镜手术后伤口仅为3~4个孔,早期伤口出血多发生在术后36 h内,偶尔发生于术后两周。本