

开颅手术治疗,在术后 10 h 行颅脑 CT 及颈椎 CT 检查,其余患者在伤后 6 h 内接受颅脑 CT 及颈椎 CT 扫描,颈椎损伤类型:寰枢关节半脱位及脱位 47 例,颈椎骨折 20 例,其中合并颈髓损伤 3 例,上述病例超过 2 周确诊者 16 例,最迟 1 例为伤后 4 周经颈椎 MRI 明确诊断。寰枢椎脱位类型:前脱位 14 例,后脱位 5 例,半脱位 8 例。

1.4 治疗方法 针对颅脑损伤患者,20 例有手术指征患者及时行颅内血肿清除、去骨瓣减压术,其余患者因均无开颅手术指征而采用颅脑损伤规范化保守治疗。针对颈椎脱位、骨折,本组病例主要是采用保守治疗,应用颈托或颈围固定、枕颌带牵引等非手术治疗;另 3 例经骨科会诊后接受手术治疗以解除颈髓受压情况。

2 结 果

132 例患者中,恢复良好 112 例,中残 7 例,重残 5 例,植物状态 1 例,死亡 7 例。寰枢椎脱位患者在伤后 2 周内确诊的 45 例患者中,寰枢椎脱位关节恢复良好者 34 例,X 线颈椎正侧位及开口位摄片寰齿间距恢复正常;伤后超过 2 周确诊的 22 例中,寰枢关节恢复良好者 8 例,X 线检查寰齿间距未复位者 14 例。

3 讨 论

3.1 摩托车交通事故颅脑损伤的受伤机制 (1)减速伤:高速行驶的摩托车正面撞击物体后突然减速,驾驶者因惯性被抛出,头部撞击物体或地面造成减速伤;或是侧面被运动物体挂倒,先下肢而后头侧面撞击地面造成减速伤。(2)加速伤:行使的摩托车被后方或侧方高速行驶的机动车辆撞击后所致。(3)挥鞭样损伤:后方或侧方高速行驶的机动车辆撞击所致,冲击力作用于颈部,能量的转化导致颈部的骨及软组织损伤^[4]。颈部上端承受质量大、活动频繁的头颅,下端连接于相对固定的胸部及躯干,相对于上下端结构,位于中部的颈部纤细、活动范围大、负重大,因此几乎所有颅脑损伤均可引起颈部发生快速的过度活动的挥鞭样损伤,或因突发暴力引起的冲击与震动。上述 132 例患者中戴头盔者为 87 例,无任何保护措施者 45 例,佩戴头盔者颈椎损伤人数略高于未佩戴头盔人数,这可能与下列因素有关:(1)市面上所出售的头盔对头部有一定保护作用,但对颈部无任何防护作用,在头部受伤时头颅过伸位损伤常造成无骨折脱位的脊髓损伤,即挥鞭型损伤。而头盔受撞击后停止作用较头颅迅速,相应的其下缘对颈椎有较强的剪切力作用,明显加重颈椎损伤。(2)市面上出售的头盔质量平均为 1.0 kg,增强了头颅受伤时颈椎所承受的重量,可加重颈椎损伤的程度。

3.2 颅脑损伤漏诊原因 由于颈椎损伤临床表现相对隐蔽,极易被忽视而漏诊,在 132 例颅脑损伤合并颈椎损伤患者中超过 2 周确诊者 16 例,最迟 1 例为伤后 4 周经颈椎 MRI 明确诊断,漏诊率为 12.1%,漏诊原因主要有以下几个方面原因:(1)颅脑损伤病情危重且表现较明确,临床医生对颅内合并颈椎损伤的受伤机制分析不够全面,急救中尤其偏重于颅脑损伤的诊治,是造成颅脑损伤合并颈椎损伤早期漏诊的主要原因。(2)颅脑损伤患者,尤其是重型颅脑损伤、特重型颅脑损伤患者体征覆盖了颈椎损伤体征,导致医生采集病史及查体不全面。(3)医生观察病情不严密,缺乏动态观察过程,造成漏诊。(4)影像学检查不全面,只重视头颅影像学检查,忽略颈部影像学检查。

综上所述,在诊断过程中应注意以下几点:(1)医务人员应牢记颅脑损伤有合并颈椎骨折的可能,对有复合性外伤且不能准确提供病史者,若高度怀疑有颈椎损伤者予颈部外固定,避免颈椎损伤进一步加重;(2)对颅脑损伤合并颈椎损伤应有足够的认识。田恒力等^[1]认为,GCS 评分越低,颈椎损伤的发生率越高,所以不能只注意颅脑伤而忽视颈部损伤。(3)对昏迷的多发伤者,要做认真细致的体格检查及神经影像学检查。避免检查延误,CT 扫描较普通 X 线片提供更快捷清晰的影像学诊断,对颈椎损伤具有更高的敏感性和特异性,进行头部 CT 检查的同时可以常规进行颈椎扫描。颅脑损伤多有意识障碍,早期多不能表达临床症状,待意识清醒后仍有颈痛,再作检查才发现颈部病变,可能造成颈髓的不可逆损伤。对所有的颅脑损伤患者都应行影像学检查排除颈椎、颈髓损伤。

参考文献

- [1] 田恒力,徐涛,顾斌贤,等. 颅颈合并伤的临床特点[J]. 中国神经精神疾病杂志,2004,30(6):463-464.
- [2] Marmarou A, Signoretti S, Fatouros PP, et al. Predominance of cellular edema in traumatic brain swelling in patients with severe head injuries[J]. J Neurosurg, 2006, 104(5):720-730.
- [3] Stiver SI. Complications of decompressive craniectomy for traumatic brain injury[J]. J Neurosurg, 2009, 26(6):1-16.
- [4] Kraus JF, Rice TM, Pock-Asa C, et al. Facial trauma and the risk of intracranial injury in motorcycle riders[J]. Ann Emerg Med, 2003, 41(1):18-26.

(收稿日期:2012-02-15)

汉族和蒙古族男性公务员血清尿酸水平的调查

李 萍(新疆博州人民医院检验科 833400)

【摘要】 目的 探讨高尿酸血症在汉族和蒙古族男性公务员人群中的发病率。**方法** 以来该院体检中心体检的男性公务员 908 名为研究对象,测定血尿酸水平。**结果** 高尿酸血症总体发病率 11.7%,蒙古族男性公务员略高于汉族男性公务员。**结论** 高尿酸血症与饮食结构关系密切,调整饮食结构,控制高尿酸血症的发病,可降低其危害程度。

【关键词】 男性公务员; 汉族; 蒙古族; 尿酸

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.072 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)16-2082-02

随着人们生活水平的日益提高,近年来高尿酸血症发病率在本地有增高的趋势。有研究表明,血清尿酸水平是增高心血

管疾病以及死亡率的危险因素,本研究对来本院体检的 908 名男性公务员进行血尿酸水平测定,现报道如下。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料 来自本院 2010~2011 年体检中心体检的男性公务员, 年龄 18~55 岁之间, 其中汉族 504 名, 蒙古族 404 名。
- 1.2 方法 清晨空腹抽取静脉血, 用日立 HITACHI 7080 全自动生化分析仪测定血清尿酸水平。试剂采用北京九强的金斯尔尿酸测定试剂盒。
- 1.3 诊断标准 血清尿酸测定值以 420 $\mu\text{mol/L}$ 为标准, 大于 420 $\mu\text{mol/L}$ 诊断为高尿酸血症。
- 1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验进行统计分析, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

在 908 名体检者中, 血清尿酸增高者 107 名, 占 11.7%。其中, 汉族 46 名, 占高尿酸血症者 42.9%, 蒙古族 61 名, 占高尿酸血症者 57.1%。蒙古族男性公务员高尿酸血症发病率高于汉族男性公务员 ($P<0.01$), 见表 1。

表 1 908 名男性公务员血清尿酸测定结果 (n)

民族	高尿酸血症	健康人群	合计
汉族	46	458	504
蒙古族	61	343	404
合计	107	801	908

3 讨论

尿酸是人类嘌呤代谢的终产物, 来源分为外源性和内源性, 健康人每天产生和排泄的尿酸维持在平衡状态, 产生过多或者排泄减少, 均可产生高尿酸血症。高尿酸血症的发生与性别、年龄和饮食习惯等因素有关, 血清尿酸增高大多在饮食结

构改变时发生, 同时, 摄入动物蛋白及脂肪增多, 饮食过量都可引起。乙醇在肝脏代谢时伴随嘌呤代谢增加, 导致其终产物尿酸的增加, 乙醇还对尿酸排泄有竞争抑制作用, 其也是引起血清尿酸症增高的因素。高尿酸血症是机体代谢异常的一种客观指标, 作为心血管疾病的一个独立危险因素, 其代谢综合征中的作用已经引起学者的高度重视。在本研究中, 仅仅只调查了部分人群, 在这 908 名男性公务员中, 蒙古族男性的血清尿酸水平高于汉族男性 ($P<0.01$), 这主要是由于本地蒙古族饮食习惯所致。在本地, 蒙古族男性喜饮酒, 日常饮食以牛羊肉及奶制品为主, 这些都是增加血清尿酸水平的因素, 同时也增加了高尿酸血症的发病机率, 并且容易诱发心血管疾病。因此, 建议此类人群改善饮食结构, 减少饮酒和高嘌呤饮食, 同时定时复查监测血清尿酸水平。重视高尿酸血症及其诱发因素对提高各民族人群身体健康有着重要意义。

参考文献

[1] 边保华. 某高校职工血脂、血糖、血尿酸水平相关分析[J]. 现代预防医学, 2006, 33(9): 1573-1574.

[2] 洪美. 某市干部人群高血压、高血脂、高血糖、高尿酸的调查[J]. 现代预防医学, 2005, 32(2): 240.

[3] 郝少丽, 丁晓旭, 姚立新. 某市财政、广电职工高血糖、高血脂、高尿酸和肝功能异常的调查[J]. 现代预防医学, 2008, 35(9): 1784-1785.

[4] 银广悦, 丁俊丽, 龚庆辉, 等. 脂肪肝与高血脂、高血糖及高尿酸血症的关系[J]. 中国现代医药杂志, 2006, 8(9): 7-8.

(收稿日期: 2012-02-22)

甲状腺手术并发症的防治

黎 伟(重庆市南川区宏仁医院 404800)

【摘要】 目的 探讨甲状腺手术并发症的防治手段。方法 分析 2004~2010 年间施行甲状腺手术的 257 例患者的并发症和相关处理对策。结果 257 例患者中, 发生各种并发症共计 12 例, 主要包括切口感染、出血、神经损伤与呼吸困难。结论 提高术者操作技巧和做好围术期处理是减少甲状腺手术并发症的关键。

【关键词】 甲状腺; 手术; 并发症

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.073 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)16-2083-02

甲状腺疾病是外科的常见病和多发病, 手术是治疗甲状腺外科疾病的主要手段。然而, 甲状腺手术比较容易引发并发症, 给患者带来不同程度的影响, 重者可造成患者终生病残, 甚至危及生命。因此, 如何有效地预防和处理甲状腺手术并发症是甲状腺外科的热门问题^[1]。作者对本院 2004~2010 年间施行甲状腺手术的 257 例患者的并发症进行分析和总结, 以期探讨甲状腺手术并发症的防治手段。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料 收集 2004~2010 年间施行甲状腺手术患者共 257 例, 其中男 85 例, 女 172 例, 年龄 18~62 岁, 平均 38.5 岁, 术后病理检查显示结节性甲状腺肿(结甲) 106 例, 甲状腺瘤 124 例, 甲状腺癌 12 例, 甲状腺囊肿 15 例。
- 1.2 手术方法 所有患者采用气管内麻醉, 患者呈颈后仰位。于胸骨切迹上 2 cm 做横弧形切口, 长短依据实际情况决定。

在颈阔肌与颈深筋膜间分离皮瓣, 上至甲状腺软骨, 下缘皮瓣略作游离, 纵行切开颈深筋膜、颈白线, 分离并显示甲状腺, 术者用手指钝性分离甲状腺前面和外侧, 用小拉钩牵开肌肉, 暴露整个甲状腺组织, 游离甲状腺上极, 结扎甲状腺上动脉, 再游离甲状腺下动静脉时, 仔细辨认喉返神经, 避免大块结扎。最后从气管表面分离并切除甲状腺及肿瘤, 止血后缝合甲状腺残留部分。用乳胶管从胸骨切迹上缘引出负压引流, 切口皮下组织用 1 号细丝线缝合, 切口用 1 号或 4 号丝线缝合。术后 1 周拆线出院。257 例患者中, 双叶大部切除 103 例, 一叶大部切除 82 例, 一叶瘤体摘除加全部切除 35 例, 双侧瘤体摘除 37 例。

2 结果

所有患者均进行手术治疗。共 12 例患者出现并发症, 包括 2 例术后出血, 及时处理后无后遗症; 2 例呼吸困难, 经对症