维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

本组患者用药前、中、后血压及中心静脉压无显著差异，临床观察提示用药后及推注后2～5 min内，血压有较明显下降。其中1例患者，男，5岁，法鲁氏四联症，纠治术后入科时血压90/60 mmHg，但不稳定，稍有移动即出现血压下降，在躁动时予异丙酚1 ml推注后出现血压不可逆下降。异丙酚对CVP、ABP的影响见表1。

表1 异丙酚对CVP、ABP的影响

项目	用药前	用药后	停药后
CVP	8.64±2.61	7.69±2.01*	7.69±2.14*
ABP	88.2±16.31	86.7±11.02*	85.58±14.58*

注：与用药前比较，* $P>0.05$

3 讨论

异丙酚对心血管系统具有一定的抑制作用，表现为血压下降，心率减慢，80%发生用药后10 min内。据报道，在维持用药时，用药前、后血压无显著差异，可能与较恒定的血药稳态血浓度有关[1]。在维持过程中随着剂量加大，血压亦可随之有所下降。本组5岁男童患者在法鲁氏四联症纠治术后出现血压下降，考虑是异丙酚所致低心排提早出现。因此，对于循环尚不稳定的心脏直视手术后病人要谨慎用药、密切注意血压变化及时调整异丙酚用量，尽量维持恒定的输注速度，避免推注。基础血压较低或用药后血压明显下降者，要及时减少或停用异丙酚。

由于个体对异丙酚的差异较大，为了达到有效而适度镇静效果，宜采用微量泵持续定量输注，常用镇静剂量为0.3～4 mg·kg^{-1}·h^{-1})，初始剂量2～3 ml/h，逐步调整至满意剂量。以病人安静，合作或入睡但压眶反射良好，血压稳定为度。

异丙酚有导致短暂呼吸暂停的作用，过量亦可引起呼吸抑制。未使用机械通气患者，应在床头准备氧气和人工呼吸气囊。据报道认为在应用异丙酚后，停药至撤机时间为(11.24±3.89) min[2]。但因个体差异较大，使用呼吸机的镇静患者应于停药后充分评估呼吸功能，正常后才能脱机拔管。

与吗啡类药相比，异丙酚有不成瘾性，可持续大量给药，但血压下降等副作用不能忽视。在应用时须注意：①严密监测呼吸、血压变化；②对于血压偏低，循环不稳定患者，加用其他镇静药物，以减少异丙酚的用量；③异丙酚宜采用微泵直接输注，不提倡稀释给药，确需稀释也只能使用5%葡萄糖液；④异丙酚中含有甘油、卵磷脂和大豆油等成分，不含防腐剂，容易引起细菌感染。使用时要注意严格无菌操作，启封后立即使用，每12 h更换一次给药器材；⑤采用单一输液线路，如需添加其他药物，必须在靠近静脉置管处加入，以免一次性输入过多异丙酚，造成血压下降或镇静过度。

[参考文献]

[1] 王祥瑞，孙大金，杭燕菊，等. 异丙酚的血药浓度和临床效应的关系[J]. 中华麻醉学杂志，1996，16(7)：292－294.
[2] 彭志勇，詹勇强，漆 红，等. 异丙酚对重症病人的镇静作用[J]. 临床麻醉学杂志，1998，14(2)：100－101.

(编辑：文 灿)

42例肾外伤的诊治体会

Diagnosis and treatment of renal trauma in 42 cases

赵 勇，杨铁成，孙儆非
(鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 肾外伤；诊治；体会
[中图分类号] R691.6；R699.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)03－0181－02

肾外伤在泌尿生殖器损伤中较为常见，轻者仅表现为镜下血尿，重者大出血并发休克，危及生命。本院自1995年至2003年间共收治42例，约占同期外伤的6%，结合文献复习，现将肾外伤的诊治体会报告如下。

1 临床资料

本组42例肾外伤，其中男性24例，女性18例。年龄最小6岁，最大76岁。距入院时间45 min至48 h不等。其中开放性肾外伤16例，闭合性肾外伤26例。左肾外伤23例，右肾外伤19例。肾挫伤11例，肾裂伤18例；肾碎裂及肾蒂损伤13例。26例同时并有肝脾、颅脑或胸外伤等。致伤原因分别是：刀刺伤5例，交通伤11例，高空坠落伤10例，撞击伤8例，拳击伤4例。

2 结果

手术治疗31例，其中肾修补术11例，肾切除术20例，非手术11例。术后并发肾周感染4例，切口裂开3例，心肺功能不全6例，并发症占31%；全组无死亡，总治愈率达100%。

[收稿日期] 2004－01－19 [修回日期] 2004－03－03

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

3.1 关于肾外伤的诊断

肾外伤在泌尿生殖器损伤中较为常见[1]，本组肾外伤主要是交通伤和冶金工业外伤引起，肾外伤后表现最常见的症状是腰背痛和血尿，尽管肾外伤的程度不同，但病人出现血尿依然是诊断肾外伤的主要依据。本组病例伤后皆有血尿表现，并且绝大部分为肉眼血尿，少部分为镜下血尿。近年来由于医学科技的发展，电子计算机技术的广泛应用，更为肾外伤的诊断提供了方便。本组B超诊断率达85.7%(36/42)，CT对肾外伤的诊断率97.9%(41/42)。B超和CT不仅可以显示肾外伤类型和损伤程度，并且对腹腔其他脏器如肝、脾、胰腺等损伤也具有较高的临床诊断价值[2]。本组有8例分别有肝、脾损伤，由于发现及时，避免了误诊和延误治疗。此外，选择性肾动脉造影对肾外伤也能诊断，在诊断的同时，可进行栓塞术治疗。

3.2 对肾外伤的治疗体会

本文认为，由于肾外伤的类型、程度不同，故治疗方法也不相同，但总的治疗原则是：首先保全病人的生命，其次是最大限度的保留肾组织[1]。对开放性肾损伤应尽快手术探查，术中根据肾损伤的轻重程度来选择肾修补或肾部分切除术。对肾闭合性损伤，尤其是肾破碎、肾蒂断裂或同时并有肝、脾、肠等内脏损伤者，更需尽快手术治疗，术中应先控制出血，然后处理内脏损伤和伤肾切除。对一般的肾挫伤可保守治疗，但B超和CT发现肾脏有局灶性出血或轻度裂伤时，可进行选择性肾动脉分支栓塞术，疗效也很好。值得一提的是，本组有两例特殊性肾外伤，其中一例左肾外伤并左胸外伤，入院第3天胸透发现左胸腔出现大量积液，静脉肾盂造影发现造影液渗入左胸腔，后经手术证实左肾盂损伤，膈肌损伤，左胸腔尿瘘(胸尿)；另一例左腰部被铁轨打伤，住院第5天开始排稀水样便，每日多达15～20次，纤维结肠镜发现结肠近脾曲处有直径约0.5 cm的瘘口，静脉肾盂造影提示左肾盂及输尿管截断，尿外渗，结肠尿瘘。后经左肾盂输尿管会师术，三个月后好转。

总之，作者体会在治疗肾外伤的同时，勿忘对其他合并伤的处理，以减少误诊率，提高创伤的救治率，对局部解剖的娴熟是提高手术治愈率的关键[3]。

[参考文献]

[1] 章学泉，邓素琴，夏 凡. 肾损伤的放射学诊断(附63例报告)[J]. 临床放射学杂志，2003，22(1)：61－63.
[2] 黄 忠，王默燕. 闭合性肾损伤326例诊治体会[J]. 中华医学研究杂志，2003，3(9)：817.
[3] 王剑松，陈 戬，左毅刚，等. 经腹膜后隙入路腹腔镜肾及肾上腺手术的应用解剖[J]. 局解手术学杂志，2003，12(1)：20－22.

(编辑：蒋登金)

中药大黄等验方治疗外科切口感染18例体会

Experiences in the management of infection of surgical incision using rhubarb in 18 cases

王继星
(玉龙县九河中心卫生院，云南 丽江 674109)

[关键词] 外科治疗；切口感染；中药
[中图分类号]R826.3 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)03－0182－02

从1997年至2003年，本文作者对收治的外科手术病人中发生术后切口感染的病人用中药经验方治愈18例。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男10例，女8例，年龄10～18岁12例，55～70岁6例。急性化脓性阑尾炎术后切口感染者13例，大腿脂肪瘤切除术后感染2例，外伤后清创缝合术后感染3例。感染时间最短者为术后7 d，最长者为术后半年实施二次手术后。

[收稿日期]2004－02－26 [修回日期]2004－03－28

1.2 方法

大黄鲜品(洗净后)30 g左右捣碎，加入血余炭粉末10 g左右搅拌，消毒纱布包裹后外敷创口，每两天换一次药。

1.3 典型病例

例1，男，65岁，因转移性右下腹痛3 d后行阑尾切除术，术中证实为急性化脓性阑尾炎穿孔并发急性腹膜炎，行烟卷引流。拆线后因深部切口脓肿形成并溃破，脓液从切口大量涌出，经反复换药，10余天仍未愈合而到上级医院行脓腔清扫术，术后10 d仍有脓液从间隙涌出，未愈出院。后转回本院使用上述办法换药治疗，四次后分泌物终止，放置引流片，第六次创口基本缩小干燥，最后结痂脱落愈合。

例2，女，13岁，学生，肠蛔虫并发急性阑尾炎6 d后入院行