维普资讯 http://www.cqvip.com

于较低水平。可能与吃含粗纤维较多的食品减少、食糖较高的精制食品增多有关。恒牙龋患率小学生低于中学生,这可能与恒牙萌出时间有关。中学生的充填率高于小学生,究其原因,主要是与小学生怕痛,不易与医生配合,还有的家长对牙齿的生理替换知识认识不足,将恒牙误认为是乳牙,会自行脱落用不着充填,从而导致小学生恒牙龋齿充填率低于中学生。

恒牙龋患率女生高于男生,可能与女生的生理发育早于男生,故女性的乳牙脱落和恒牙萌出均早于男生;加之女生吃零食、甜食的现象比男生更普遍,另外女生户外活动和日照时间少,造成维生素D生成减少。这些可影响牙齿的发育和引起机体抗龋能力降低。恒牙龋患率2002年显著低于1997年,而充填率则高于1997年,说明我区近几年来对中小学生坚持开展健康教育,向学生传授龋病危害、防治等口腔保健知识,提高了学生有效的刷牙率。我区为适氟地区,按卫生部、教育部学生龋病综合防治方案的要求,坚持每学期在学生中推广使用氟离子透入防龋措施,取得一定的效果。

学生龋病问题必须得到学校、家庭、社会的普遍重视,加强中小学生的口腔健康教育,使他们掌握龋齿的防治知识,养成正确的刷牙方法和卫生习惯,才能减少龋齿的发生。

【参考文献】

[1] 白呼群.中国卫生监督统计报表学校卫生情况年报表技术规范[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996.34-38.

[2] 卫生部.全国学生龋病牙周疾病流行病学抽样调查[M].北京:人民卫生出版社,1987.8.

[3] 杨艰萍.宝山区中小学生恒牙龋病调查分析[J].中国学校卫生,2001,22(5):470.

[4] 刘小凤.南海市中小学生恒牙龋患情况调查[J].中国学校卫生,2001,22(3):267.

(收稿日期:2003-06-03) (编辑:郭光金)

大血管损伤前急救与手术治疗体会

王景治[1],杨铁成[2]

【关键词】大血管;急救;休克
【中图分类号】R654.3 【文献标识码】B 【文章编号】1672-5042(2003)03-0218-02

大血管(大动脉或静脉)损伤出血十分凶猛,如不能有效地控制出血和快速输血抢救,伤员仍易发生失血性休克甚至死亡[1]。1994年至2002年间我们共收治17例,共20条大血管损伤,除1例因术后呕吐误吸窒息死亡外其余被治愈,现通过回顾性病案分析结合文献学习,将其院前急救和手术治疗体会进行报告。

1 临床资料

本组病案均为男性,年龄16~48岁不等,损伤距住院时间最短15 min,最长40 min,平均住院日为14.5 d。

2 损伤原因及分类情况

2.1 各种损伤原因及所占比例见表1

表1 损伤原因及分类

损伤原因	钢片穿通伤	刀砍伤	锐器刺伤	腹部挫伤	机器绞伤	医源性损伤
例数	2	7	4	1	1	2
百分比	11.7	41.2	23.4	5.8	5.8	11.7

2.2 大血管损伤部位及所占比例见表2

表2 血管损伤部位及所占比例

血管部位	右颈动脉	左颈动静脉	左颈动脉	右锁骨下动脉	左腋动脉	左桡动脉	肠系膜上动脉	肠系膜下静脉	左股动脉	下腔静脉	左股动静脉
例数	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1
百分比	17.5	11.7	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	17.5	11.7	5.8

3 治疗及转归

本组病例伤后均出现失血性休克的症状和体征,经院前有效止血,输液增加血容量等措施的急救,然后送入治愈,但并发右侧腮腺瘘1例,左侧Honner 1例,左侧上肢残1例,总治愈率为93.5%。

4 讨论

4.1 正确有效的现场急救,有利于大血管损伤的后续手术修复

大血管损伤出血十分凶猛,特别是较大动脉损伤几分钟之内便可使伤员发生失血性休克甚至死亡。我们体会在现场急

作者单位:1.鞍山钢铁集团公司立山医院骨科,辽宁 鞍山 114032;2.鞍山钢铁集团公司立山医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

救时切勿惊慌失措，应迅速，果断地选用毛巾，厚棉垫等软性物压迫伤口，同时根据损伤的肢体部位扎好止血带进行止血，如果条件允许最好立即建立1至2条静脉通道快速输液（如大分子右旋糖苷、代血浆或高渗葡萄糖等），补充血容量，并护送伤员到医院手术室进行手术抢救。值得指出的是，现场急救止血时一定要根据损伤的部位和伤情来选择止血方式[2]。例如，本组有5例颈部大血管损伤，现场急救用厚棉垫止血无效，颈部又不能扎止血带，后来利用手指来压迫损伤的血管，在短时间内起到了止血作用，同时也为后续手术修复血管损伤创造了有利条件。我们体会到医务人员在现场有效地实施各项急救措施，非常有利于大血管损伤的手术治疗。

4.2 采用手术方式修复好大血管损伤，对抢救伤员的生命和保全肢体具有关键性作用

大血管一旦受伤表现出血速度快，出血量大，现场急救的短暂性止血不能从根本上解决血管损伤问题，必须手术修复，保持血管的连续性，但手术抢救要在大量输血的同时进行，故要求准备充足的血源。本组有1例腹腔手术，医生在剥离腹腔内肿瘤时，不慎将下腔静脉撕裂，发生大出血，在整个手术修复血管的过程中输血总量达1万多毫升，才使病人转危为安。

我们体会到：在进行血管损伤的手术探查过程中，要在快速吸引器的引导下按层次进行，切不可盲目用血管钳止血，因为肢体血管损伤的同时常伴有神经或肌腱组织的损伤，当腹腔大血管损伤时，周围脏器毗邻较近，盲目止血往往会造成邻近组织和器官的损伤，甚至发生肢瘫和脏器功能衰竭等并发症。手术中一旦发现大血管完全断裂或部分断裂时不要惊慌，先利用血管夹或纱布条阻断血管的近端，静脉阻断远端，控制出血，然后再仔细检查损伤的血管是否有缺损或短缩，将两断端吻合后是否存在较大的张力，如果发现血管已有缺损或短缩时切不可强行做血管吻合避免因血管被拉长造成管腔狭窄，并发血栓形成，影响肢体或脏器的血供。本组有1例左侧股动脉完全断裂，手术将断裂血管吻合后，术后左侧足背动脉不仅无搏动，而且足趾已发绀变凉，立即进行二次手术，见距血管吻合口下方1.5 cm处有一2 cm长血栓状物，取出血栓状物后先将血管两断端做充分游离后，再做吻合，这样才保证了左下肢的正常血运，由此可见，采用手术修复大血管损伤对抢救伤员的生命和保全肢体极为关键。

4.3 关于在血管损伤并发失血性休克和其它并发症的治疗体会

大血管损伤由于出血快，出血量大，病人极易发生休克，所以抢救时要以“保生命为主，保肢体为次”的原则进行，在进行止血和大量输血的同时注意吸氧，严密监测心脏、肺、脑和肝肾的功能变化，并根据检测结果及时纠正水电失衡和加强各项护理工作。本组1例左侧股动静脉损伤，因发生失血性休克，脑水肿，手术后因呕吐误吸窒息死亡；2例颈部动脉静脉损伤，其中1例术后并发腮腺瘘，另1例并发Horner征；分析这些并发症的发生原因，可能与术者在手术中探察不细，术后并发感染和护理观察不当有关系，故强调对大血管损伤的抢救除要求提高医务人员现场急救和手术修复的医疗技术外，还需加强围手术期护理，这样才会提高大血管损伤的治愈率，减少病死率和肢残率，提高大血管损伤的抢救水平。

【参考文献】

[1] 杨铁成，兰学英，孙国英，等. 颈部大血管损伤的体会[J]. 石家庄医专学报，1994，(1)：5-6.
[2] 郭志权，史宝明，贾江武，等.外伤性血管损伤的现场急救与临床疗效分析[C].无锡：全国创伤学术交流汇编，1994.4.

（收稿日期：2003-07-01） （编辑：文 灿）

肾血流阻断原位低温在复杂性肾结石术中的应用

熊世华，刘代忠，刘遇春

【关键词】肾血流；肾结石；外科手术
【中图分类号】R781.1 【文献标识码】B 【文章编号】1672-5042(2003)03-0219-02

我院自1995年1月至2002年12月间，采用肾血流阻断原位低温法，对50例复杂性肾结石患者进行外科手术治疗，取得满意效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组50例，男34例，女16例，年龄19～63岁，平均38.5岁。病程4月至2年，平均1.3年。术前经B超、KUB、IVU、CT等影响检查，确诊为复杂性肾结石，其中铸型肾盂肾盏结石21例，肾盂结石伴肾下盏结石，积水13例，肾盂肾盏多发结石9例，肾盂结石伴肾上盏结石积水7例；左侧21例，右侧29例；左肾结石伴左输尿管上段结石4例，双肾结石6例。术前使用抗生素3天。

1.2 手术方法

术前1天，将0.9%生理盐水1 500～2 000 ml+庆大霉素24万U，在无菌条件下倒入消毒方盘中，放入无霜型冰箱制成冰

作者单位：垫江县人民医院外二科，重庆 垫江 408300