放性损伤4 例。撞击伤32 例,坠落伤10 例,刀刺伤4 例。肝右叶损伤34 例,肝左叶损伤12 例。线性破裂40 例,星状破裂5 例,穿透伤1 例。43 例为1 处损伤,3 例为2 处损伤。临床表现:本组46 例都有腹膜炎体征及内出血表现;均有不同程度休克表现;腹腔穿刺均为阳性。40 例有恶心呕吐,18 例有呃逆和右肩牵涉痛。肝区均有明显叩击痛。入院后检查有20 例白细胞高于 10×10^9/L,19 例血红蛋白低于80 g/L。腹部X 线检查36 例横隔抬高,肝阴影扩大,术前均无肝功记录。

1.2 手术方法

本组46 例患者均采用手术治疗。其中行肝裂伤单纯缝合14 例,缝合加用大网膜或明胶海绵填塞17 例,选择性肝动脉结扎加清创性肝切除3 例,选择性肝动脉结扎加用大网膜、明胶海绵填塞5 例,不规则肝段切除5 例,规则右半肝切除2 例。

2 结果

本组46 例病人均痊愈,伤口皆为一期愈合。2 例术后并发粘连性肠梗阻,1 例对症治疗后痊愈出院,1 例经再次手术肠粘连松解后痊愈出院。

3 讨论

肝脏是腹腔最大的实质性器官,组织脆弱、血管丰富,且双重脉管系统供血,极易损伤而致破裂大出血,患者很快因失血性休克而死亡。因此早期诊断和对于有手术指征的患者及早手术是治疗的关键。早期对肝脏损伤的诊断,主要依靠腹部外伤史、临床表现、体征及有关检查。其主要临床症状及相关体征为:腹部外伤史、有内出血及休克表现、有肝区叩击痛及腹膜刺激征表现、腹部移动性浊音、腹穿有不凝固积血、X 线检查横隔抬高,肝阴影扩大[1]。不失时机进行手术是治疗肝外伤的唯一方法。我们的体会有:①诊断一旦成立,在抢救休克的同时立即剖腹,控制出血,然后持续输血,待休克好转后再对损伤作处理;②术中彻底清除失去活力的肝组织碎块、碎片,缝合结扎与肝组织相连的血管、胆管,彻底冲洗创面;③对整齐的刺伤或浅表的裂伤一般行单纯缝合,裂口深者因我们手术条件有限,故以填塞后缝合为主;④术后充分引流,根据情况决定拔管时间。而对于合并伤的处理应根据具体情况做到既有先后又有重点。对腹内伤和腹外伤合并伤的处理,作者的方法是先腹内、后腹外,先止血后清创。对危及患者生命的重要脏器合并伤,两组手术可同时进行[2-3]。

[参考文献]

[1] 尹宁伟,刘东亮,季予江. 等. 89 例外伤性肝破裂治疗体会[J]. 中国现代普通外科进展,2008,11(5):444 - 445.

[2] 唐 莉,程富英,曾 俊. CUSA Excel 型超声外科吸引器在肝叶切除术中的应用配合[J]. 局解手术学杂志,2008,17(2):126.

[3] 刘传胜. 外伤性肝破裂的治疗体会[J]. 河南外科学杂志,2008,14(6):91 - 92.

(编辑:周小林)

69 例产后出血的护理体会

原桂荣 (鞍山市双山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 产后出血;预防;护理

[中图分类号] R714.461 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0357-02

产后出血是指产后24 h 内失血量超过500 mL 以上者。产后出血在临床上较为常见,产后2 h 是产后出血发生的高峰时段,为分娩期严重的并发症,居我国产妇死亡原因首位[1]。我院在2007 年1 月1 日至2008 年12 月31 日共收治产后出血病例69 例,经综合处理,取得较好效果。现报告如下。

1 临床资料

本组产妇2 631 例,其中经阴道分娩(包括臀助娩、臀牵引、胎吸、产钳)为1 180 例,剖宫产分娩1 451 例;69 例产后2 h 内出血量超过500 mL,发生率为2.6%,子宫收缩乏力者58 例,占总数的84%;胎盘胎膜粘连、残留者7 例,占总数的10%,软产道损伤4 例,占5.8%。胎儿娩出后立即置聚血器于产妇臀下,测定出血量。

[收稿日期] 2009-06-24 [修回日期] 2009-07-25

2 护理

观察与护理内容:①对巨大儿分娩、双胎、羊水过多、产程过长或过短、妊娠期高血压疾病应用镇静剂的产妇,应估计到有发生子宫收缩乏力的可能[2]。产后出血随宫缩强弱而时多时少,子宫轮廓不清,质软,有时如袋状,多为子宫收缩乏力引起,这时采取按摩子宫、注射宫缩剂等方法制止出血,多可奏效;②通常情况下,胎盘多在胎儿娩出5 ~ 15 min 后自然娩出,但有人工流产和宫腔感染史的产妇应注意胎盘粘连,对胎盘尚未娩出、阴道流血量较多者即使距胎儿娩出时间较短,也应尽快设法娩出胎盘或用人工剥离法娩出;对胎盘未娩出也无出血者,可等待20 ~ 30 min 边等待边观察,一旦有出血现象发生,应及早手取胎盘;③急产或手术助产产妇,胎儿娩出后发生阴道流血,应考虑为软产道损伤;④妊娠合并胆汁淤积症、妊娠合并各种急慢性肝病及血液系统疾病如贫血、血小板减少等,产前和产后高度重视,做好输液、输血等抢救准备是很有必要的。

3 讨论

产妇产后在观察外出血的同时,要注意观察产妇的全身情况,比较两者是否一致,防止有内出血存在的情况。在本组有 1 例通过产后观察发现产妇的外出血量与患者的急性贫血貌、血压下降、脉搏加快的早期休克征象不符,而行软产道检查发现侧穹窿部的裂伤,及时缝合,挽救了产妇的生命。同时要观察会阴有无阴血肿。注意观察产妇的膀胱充盈度,防止因充盈的膀胱影响子宫收缩而出血[3]。

严密观察出血量、出血性质,及时对出血原因作出判断,采取积极措施制止出血。本组有 3 例剖宫产后患者,经上述治疗无好转,急入手术室,拆除子宫缝线,宫腔内填塞纱布,24 h 后经阴道取出,也制止了出血。由于计划生育的开展,胎盘植入现象在临床上极为少见,多为胎盘粘连,对有人工流产和宫腔感染史的产妇尤应注意。本组中发生胎盘粘连、残留 7 例中,均有人工流产史,其中有 2 例次数多于 5 次。胎盘娩出后,要仔细检查胎盘胎膜,如有缺少,行钳刮或刮宫术取出残留组织并加用宫缩剂。对于急产或手术助产产妇,胎儿娩出后即发生阴道流血。颜色鲜红,与子宫收缩无关,应考虑为软产道损伤,这种出血往往易被忽略,但只要认真观察,仔细检查也易被发现。如发生宫颈裂伤,及时缝合即可止血。另外,在会阴切口或会阴破裂缝合前,勿必认真检查阴道前后壁及穹隆部,以防血肿被遗漏。切口缝合时,勿必在超过裂口顶端 0.5 cm 处进行第一针缝合,打结松紧要适宜,这是防止血肿的关键。产后要注意观察产妇的生命体征,及时发现血肿,采取有效措施,必要时补充血容量,以保证心、脑、肾等重要脏器的血液供应,防止并发症的发生。

[参考文献]

[1] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003. 224.
[2] 张红菱. 王丽华. 产科护士如何实施健康教育[J]. 中国妇幼保健,2000,15(9):589.
[3] 代翠婷,朱丽英. 剖宫产产后出血的临床体会[J]. 局解手术学杂志,2007,16(1):30.

(编辑:郭光金)

股动脉分支多处变异 1 例

李小松,孙建森,龙 洋 (第三军医大学基础部人体解剖学教研室,重庆市生物力学重点实验室,重庆 400038)

[关键词] 股动脉;变异;解剖学
[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0358-02

股动脉是髂外动脉的直接延续,股动脉的主要分支为股深动脉,旋股外侧动脉一般由股深动脉发出,变异较少。作者在解剖一具老年男尸时,发现股动脉分支存在多处变异,现报告如下。

1 材料与方法

本例变异尸体为男性,60 岁左右,身高约 175 cm。通过解剖显露股三角,游离股动脉及其分支,观察动脉走行,游标卡尺(精度 0.05 mm)动脉管径,照相记录。

2 结果

本例标本右侧股动脉(外径 10 mm)在腹股沟韧带下方 3 cm 处的内侧发出股深动脉,起始部外径为 6 mm,股深动脉发出后随即跨过大隐静脉起始部转向内下,然后走行于长收肌与大收肌、短收肌之间。股深动脉下行 7 cm 处发出旋股内侧动脉,起始部外径为 4 mm,主干继续下行发出多支穿动脉,至股后部。股动脉本干下行 4 cm 处发出旋股外侧动脉,起始部外径为 9 mm(而在该部位的股动脉外径为 7 mm),随即发出 2 支升支(外径为 4 mm)、1 支横支(外径为 3 mm)和 2 支降支(外径为 3.5 mm)。在此行程中均有静脉伴行(图 1)。



图 1 股动脉变异

3 讨论

股动脉在腹股沟韧带深面下方由髂外动脉直接延续,起始段约 3 ~ 4 cm 长,外径较粗,可达 9 mm,经收肌腱裂孔移行为腘动脉。正常人体结构中,旋股外侧动脉一般由股动脉的分支股深动脉发出[1],而本例标本观察发现是由股动脉直接发出;旋股外侧动脉一般分 3 支,即升支、横支和降支[2],而本例标本旋股外侧动脉的分支为 5 支。在动脉行程中均有静脉伴行。本例类似的股动脉分支变异情况较少见。临床进行相关部位手术时,应注意该变异情况,采取相应的措施。

[收稿日期] 2009-06-12 [修回日期] 2009-07-15