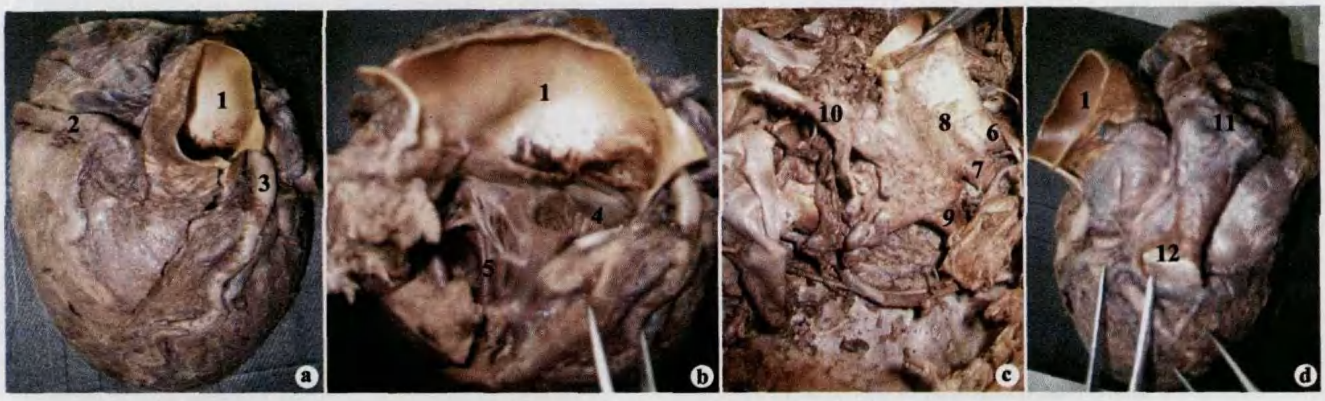


a:前面观;b:前面解剖观;c:心底面观;d.后面观;1:主动脉;2:右冠状动脉;3:左冠状动脉;4:左心室;5:右心室;6:头臂干;7:左颈总动脉;8:主动脉弓;9:左锁骨下动脉;10:代偿肺动脉(未闭锁的动脉导管);11:右肺静脉;12:左肺静脉

图1 变异心脏解剖照片

3 讨论

心脏及大动脉先天畸形变异较常见,有许多个案报道。在法洛四联症中,有肺动脉狭窄的畸形,但是像本例肺动脉干缺如这样的畸形变异却极为罕见。这种畸形变异从组织胚胎学的角度来看,发生的主要原因是动脉干分隔不均,致使肺动脉缺如和室间隔缺损。肺动脉缺如使动脉血与静脉血混流,粗大的主动脉向右偏移而骑跨在室间隔缺损处。这样的畸形变异对肺循环有着极大的影响,致使机体供氧不足,这很可能也是死者过早去世的重要原因。因此,在对此类心血管先天性疾病的诊治中,尤其是在进行心脏动、静脉造影时,应当高度重视此畸形变异的存在。

[参考文献]

[1] 成令忠,王一飞,钟翠平. 组织胚胎学:人体发育和功能组织学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,2003,161.

[2] 路 霖,祁秉文,吴清玉,等. 主动脉弓离断并法洛四联症、右锁骨下动脉及降主动脉侧支起源1例[J]. 中华胸心血管外科杂志,2006,22(5):封3.

(编辑:余汇洋)

隐匿性臀部结核性脓肿的护理体会

朱明明,王 芳 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所创伤科,重庆 400042)

[关键词]结核;脓肿;护理

[中图分类号] R323.44; R632.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0428-02

结核性冷脓肿即结核性脓肿形成后触及脓肿有波动感但并无红、热、痛,故称冷脓肿[1]。既往多反对手术引流而采用内科抗痨治疗,但易形成经久不愈的窦道。近期主张手术治疗,本文就我科2007年7月至2008年8月12例住院患者臀部结核性冷脓肿的术后护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者12例,其中男8例,女4例,年龄25~55岁。病程6个月~3年,无手术及外伤史。查体:臀部包块(10 cm×7.5 cm)~(3 cm×3 cm),无皮肤红肿、静脉曲张,行胸部、腰椎、骨盆平片检查未见异常;痰液抗酸染色、血常规检查未见异常。入院后所有患者均在硬膜外麻醉下行包块探查切除术,其中8例术中见皮下潜行脓肿,有絮状物,怀疑为脓肿感染所致;4例术中见包块为典型干酪样坏死表现。均取标本术后送病理检查,证实为结核性脓肿。经过手术后3周持续冲洗,伤口引流液清亮,引流液抗酸染色未见异常,伤口无红肿及分泌物,皮温正常,无触压痛,拔除引流管后伤口愈合良好,均于4周内顺利拆线,痊愈出院,术后1年未复发。

2 护理方法

2.1 局部伤口冲洗引流的护理

密切观察引流物的质、量及颜色,并及时记录,冲洗时应合理调节滴速,冲洗液根据最终培养决定停止时间。输入管的输液瓶应高于患处约70 cm,引流管宜与一次性负压引流袋相连,

[收稿日期] 2009-08-26 [修回日期] 2009-09-31

并保持负压状态[2]，引流袋位置应低于患处50 cm，及时更换冲洗液，及时倾倒引流液。密切注意伤口敷料情况，如渗湿应及时更换，以防伤口不愈合或延迟愈合。严格无菌操作，引流袋每日更换，避免发生逆行感染；如发现滴入不畅或引流物流出困难，应立即检查是否有絮状物堵塞或管道受压扭曲，及时排除故障；注意伤口周围卫生，特别是会阴部卫生，以免交叉感染。

2.2 *并发症的预防*

术后仰卧或者侧卧位，使伤口处于较低位置便于引流，以免脓腔内积液较多。患者翻身拍背防止肺部感染；因卧床时间较长，鼓励患者多饮水，以防尿路感染。同时也应注意防止褥疮。

2.3 *健康指导*

出院后注意休息，加强营养；适量劳动，劳逸结合；遵照医嘱，按时服药，并定期复查肝功；定期门诊随访；如有伤口红肿等感染现象应立即就诊。

隐匿性臀部结核性脓肿因临床上病例较少且平时患者症状、体征不明显，所以一般发现较晚，冷脓肿可穿破表面皮肤，形成慢性窦道，伤口经久不愈[3]。既往认为手术创伤太大，风险较大，冷脓肿后不宜行切除术，因此时周围多已广泛粘连，组织脆弱，强行切除容易损伤周围脏器，人为制造不必要的困境。此12例患者均手术治疗切开脓腔并作引流，术后我们给与患者伤口精心护理，未形成窦道，未形成交叉感染，伤口愈合良好，所以术后一定针对性的护理非常重要，只要严格按照操作程序，手术引流脓肿效果也会非常满意。

[参考文献]

[1] 李紫成. 切开引流治疗周围淋巴结结核性冷脓肿15例体会[J]. 现代医药卫生，2008，1(24)：92－93.

[2] 张西蜂. 经皮穿刺置管冲洗引流持续局部化疗治疗多椎体脊柱结核[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2007，11(17)：842－843.

[3] 张西蜂. 经皮穿刺病灶清除灌冲洗局部化疗治疗脊柱结核脓肿[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2005，9(15)：528－530.

（编辑：杨爱军）

52例创伤失血性休克的急救与护理

秦 欢 （第三军医大学大坪医院野战外科研究所战创伤中心，重庆 400042）

[关键词] 创伤；休克；失血；急救与护理

[中图分类号] R605.971；R472.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)06-0429-02

创伤失血性休克是指机体受到创伤后大量失血、失液、有效循环不足，微循环灌注不足，使组织和器官缺血、缺氧，产生多器官功能障碍、代谢紊乱等病理变化的综合征[1]。严重者可威胁患者的生命，所以，高效、快速、细心、周到的护理，对于及时发现和掌握病情变化，提高治愈率，降低死亡率具有重要的作用。本文结合近年来急救护理的经验，将创伤失血性休克的急救护理步骤和体会报告如下。

1 临床资料

本组患者52例，其中男32例，女20例，年龄21～56岁。7例骨盆骨折，8例肢体完全离断或不完全离断，7例胸壁挫伤合并血气胸，10例合并腹部脏器损伤，11例合并胸椎、腰椎骨折，9例颅脑损伤并多处骨折。经及时有救抢救，本组有50例抢救成功，2例因伤势过重，失血过多，经积极抢救无效死亡。

2 急救与护理

2.1 *保持呼吸道通畅*

伤后最初1 h是决定患者生死的关键时间[2]。医护人员必须迅速判断失血部位、失血程度，快速作出初步判断。患者取平卧位，迅速清除呼吸道内异物，昏迷病人舌根后坠，口腔内可放置口咽通气管，给予氧气吸入，氧浓度需达到33%～41%。对昏迷患者要头偏向一侧，避免窒息和肺内感染。如心跳呼吸骤停，立即行心肺复苏术。

2.2 *迅速建立静脉通道*

应建立至少2条静脉通道，以选择粗直的静脉为主，并远离受伤部位，通常选用16～20号静脉留置针[3]，注意将输液通路妥善固定好，避免因患者烦躁造成管道脱出，延误抢救时机。应尽快输入大量液体，补充有效循环血量，其中一条静脉通道用输血器，为输血做准备。输液时可用液体加热器，这样输进体内的液体温度可达36～42 ℃，为患者体温、血压的回升提供一定的帮助。在快速输液过程中严密观察病人的呼吸，防止左心衰、肺水肿的发生。

2.3 *及时止血、止痛*

如为大血管断裂者可用血管钳止血，待病情稳定后立即手术治疗。对开放性伤口或四肢骨折应妥善包扎和固定，有活动性出血的患者，及时用止血带远端结扎或无菌敷料加压包扎止血或手术止血。对闭合性损伤的患者，患者出现血压进行性下降、面色苍白、四肢冰冷等情况，应考虑有内脏活动性出血，若胸腹腔穿刺抽出不凝固血液即可确诊，并及时手术治疗。疼痛也可引起休克，仅次于大出血，必要时肌肉注射度冷丁50～100 mg。

2.4 *严密观察病情变化*

抢救中发现病人出现表情淡漠、面色苍白、四肢湿冷、脉弱、血压明显下降等情况，提示失血量大，可能有胸腹腔大血管

[收稿日期] 2009-08-20 [修回日期] 2009-09-23