发现其左侧头静脉与贵要静脉注入方式异常，认真测量其外径，长度，详细作好记录并用数码相机拍照。

2 结果

该具男尸体左侧自手背静脉网的桡侧发出头静脉（外径0.22 mm）；自手背静脉网的尺侧发出贵要静脉（外径0.31 mm），两静脉在左前臂走行无任何异常。肘正中静脉（外径0.25 mm，长度9.45 cm）在肘窝处自外下向内上将头静脉与贵要静脉交通。头静脉在跨过肘正中静脉后突然行向内侧，在走行15.4 cm后注入贵要静脉，而没有注入腋静脉或锁骨下静脉。该变异的注入点距贵要静脉接受肘正中静脉的注入点10.72 cm相同结构右侧无任何异常（见图1）。



图1 头静脉变异

3 讨论

据文献报道，上肢浅静脉中肘正中静脉和前臂正中静脉异常较为多见，尚未见头静脉汇入异常的报道[2]。头静脉来自胚胎时期前主静脉的分支分化形成，头静脉的变异可能是前主静脉发生异常所导致。由于上肢深部静脉较细，所以上肢的静脉血主要由浅静脉引流，浅静脉主要有头静脉和贵要静脉，头静脉引流上肢的桡侧半静脉血；贵要静脉主要引流尺侧半静脉血[3]。正常时，头静脉注入腋静脉或锁骨下静脉，贵要静脉注入肱静脉或腋静脉，而且它们之间有交通支。在上肢受到外伤时，如果损伤头静脉或贵要静脉时，另一条可以作为代偿回流，不会有太大的影响。在临床骨外科手术中，若患者出现了头静脉的注入异常，如果医生误将贵要静脉损伤，就可能会阻断了上肢全部的血液回流，势必会引起上肢的淤血、水肿等。因此外科医生在行上肢手术时应引起重视。

[参考文献]

[1] 潘 征，卢 涛，姚 琦，等. 头静脉变异1例[J]. 局解手术学杂志，2007，16(2)：67.

[2] 吴 樾，高 磊，高仕杰，等. 肱二头肌额外头及头静脉末段走行异常1例[J]. 中国临床解剖学杂志，2006，24(4)：31.

[3] 韩文祥，安月勇，曲永松，等. 桡动脉和头静脉异常1例[J]. 中国临床解剖学杂志，2002，20(6)：47.

（编辑：侯晓宇）

急性阑尾炎术前合并小肠穿孔漏诊1例临床分析

朱国新，赵 鸿，陈 杨，李涓涓 （武警贵州省总队医院急诊科，贵州 贵阳 550005）

[关键词] 急性阑尾炎；小肠穿孔；漏诊；临床分析

[中图分类号] R574.61；R574.52 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0289-02

急性阑尾炎及空腔脏器穿孔是外科常见的急腹症，根据病史及临床检查均可诊断明确，而当两者合并同时出现，患者又无法提供明确的外伤史和既往疾病史时，容易造成空腔脏器穿孔漏诊。我院收治了1例急性阑尾炎合并小肠穿孔的病人，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，37岁。因腹痛1 d加重3 h入院。予以解痉、输液对症治疗并留院观察3 h后，患者诉腹痛、腹胀无缓解并加剧，以右下腹明显。再次查体：腹部膨隆，全腹散在压痛伴肌紧张，反跳痛阳性可疑，尤以右下腹明显，移动性浊音阳性可疑，肠鸣音消失，结肠充气实验及闭孔内肌实验均阳性，腰大肌实验阴性，右下腹诊断性穿刺阴性。初步诊断为急性阑尾炎，予以手术治疗。

1.2 治疗方法

术中取右下腹麦式切口，见腹腔内淡黄色渗液，大网膜下移包裹回盲部，阑尾充血肿胀，表面脓液附着，粘膜明显增厚，遂切除阑尾送病检。向左探查，见小肠绊附着脓苔及食物残渣，考虑合并空腔脏器穿孔。遂关闭阑尾切口取右腹直肌旁切口行剖腹探查术。术中见距回盲部约190 cm空肠处一长约0.5 cm破口，平行于空肠纵轴，形状规则，通过破口可进入肠腔，有肠内容物溢出，行小肠穿孔修补术。放置引流，常规关腹。

2 结果

术后予以抗炎、止血对症治疗，10 d后患者治愈出院。病

[收稿日期] 2009-03-26 [修回日期] 2009-05-06

理结果显示:急性化脓性阑尾炎并周围炎。

3 讨论

急性阑尾炎及空腔脏器穿孔是外科常见的急腹症,根据病史、体格检查、实验室检查及其它辅助检查均可诊断明确。而当两者合并同时出现,患者又无法提供明确的外伤史和既往疾病史时,容易造成空腔脏器穿孔漏诊[1]。急性阑尾炎所致腹痛为局限性感染性疾病腹痛,其特点是起病慢,腹痛开始较轻,呈钝痛,并进行性加重。而穿孔性疾病腹痛发生突然,一开始就十分剧烈,并在穿孔前一般已有症状,病变部位有局限性压痛、反跳痛或肌紧张,迅速扩散至全腹,短期内出现弥漫性腹膜炎和全身炎症反应,严重者出现中毒性休克。本例患者入院时腹膜刺激征不明显,仅有脐周压痛,肠鸣音稍弱。仅作为一般"肠痉挛"予以解痉对症治疗。而患者腹痛无缓解,直至出现转移性右下腹疼痛及明显腹膜炎体征,仍只常规考虑"急性阑尾炎"。究其原因是:肠破裂口较小,由于肠粘膜外翻,凝血块、食物残渣堵塞或反应性肠蠕动抑制或痉挛,肠内容物暂时不外溢,数小时内可无明显腹痛及腹膜刺激征。当肠蠕动恢复或堵塞物脱落时,肠内容物逐渐外溢才表现出明显的腹膜炎症状[2]。其次右下腹穿刺阴性及腹部立位X平片未见游离气体等假阴性结果也给本例患者造成漏诊。反复多部位诊断性腹腔穿刺,其简便、快捷、经济、安全、准确率高。

在手术治疗急性弥漫性腹膜炎的过程中,切口应根据原发病变脏器所在部位而定,如不能确定原发病变位于哪个脏器,应以正中切口或右侧经腹直肌切口为宜[3]。对破裂小肠进行手术修补或切除,恢复肠腔的闭合完整性,彻底冲洗腹腔,除去炎性渗出物,合理使用有效的引流,应视为小肠破裂手术的基本原则[2]。

总之,导致急腹症的原因多种多样,表现各异,临床医生只有通过认真的体格检查,对腹痛情况的严密观察,才能分清主次矛盾,做出准确决策,减少漏诊、误诊及误治。

[参考文献]

[1] 孟 镔,胡振龙,曹 剑,等.阑尾炎临床局解手术学分析[J].局解手术学杂志,2006,15(3):208-209.

[2] 郑 海,陈 明,陈庆永,等.外伤性小肠破裂的诊治[J].腹部外科,2009,22(1):20-22.

[3] 张 波,周总光.急性化脓性腹膜炎的诊断和处理原则[J].腹部外科,2009,22(1):12-13.

(编辑:张天飞)

ICU紧张综合征患者的护理体会

朱卫红 (中南大学湘雅附三医院神经内科ICU,湖南 长沙 410007)

[关键词] 危重患者;ICU紧张综合征;护理
[中图分类号] R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0290-02

ICU紧张综合征是指患者在ICU监护过程中出现的以精神障碍为主,兼有其他表现的一组临床综合征。在重症监护室的患者,由于病情危重,对监护室环境不适应,部分病人表现出紧张不安、血压上升、焦虑、寒战、胡言乱语和害怕等症状。本文就如何帮助病人缓解和消除这些不良因素,医护人员应对患者开展有针对性的护理报告如下。

1 临床资料

我院神经内科2007年6月至2008年12月收治100例危重病患者,年龄35~95岁,经诊断分别为脑出血、脑梗塞、蛛网膜下腔出血、重症肌无力、格林巴利等,35%的患者在住院期间(患者昏迷期无法评估除外)发生不同程度的ICU紧张综合征。

2 护理

2.1 强调人性化护理

护理人员应热情接待病人,主动介绍ICU环境及特点,解释与疾病有关的知识。患者失语或气管插管,人工气道等影响正常语言交流时,护士应通过面部表情,肢体语言,如手势、点头或摇头,写字板等方法交流,以了解病人的想法和要求,满足其需要。耐心解答病人及家属的各种提问,做到与病人有关信息及时反馈,使病人安心,家属放心[1]。医护人员尽可能减少患者全身裸露的次数和时间,在为患者擦浴、导尿、灌肠等处置时,应给予遮挡。注意保护病人的隐私,使病人感到被尊重,防止不安、抑郁的产生[2]。在抢救重危病人时,尽量避免其他患者在场。有条件的单位,ICU另设抢救间,一般情况下床与床之间应有布帘相隔。由于每个人的社会地位、文化层次及宗教信仰不同,对疾病的态度、治疗中的文化需求也不同,护士应向患者做好解释工作。文化修养较高的干部、知识分子,希望了解更多有关的医学知识,护士应耐心向患者解释。对文化层次较低的、或来自偏远和贫困地区的患者,护士需反复讲明按时服药或接受某种治疗的意义。

2.2 严谨而规范的护理

每位护理人员应掌握娴熟、规范的护理操作技术,在执行操作时尽量减轻病人的痛苦,使其产生依赖感,更好地配合治疗护理。护理人员应掌握专科理论知识,严密观察患者生命体征,及时发现病情变化,并与医生取得联系,增加病人的安全感。护理人员应做到四轻:说话轻、走路轻、开门轻、关门轻。尽量调低呼吸机、监护仪、输液泵等的报警音量,当警报响起时

[收稿日期] 2009-03-01 [修回日期] 2009-03-26