维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 治疗方法

病人麻醉后仰卧位，常规消毒，术区铺无菌巾，首先于大腿跟部行斜切口，显露大隐静脉，在内踝处结扎大隐静脉起始端，然后向近心端大隐静脉顺行插入剥脱器，直至大隐静脉入股静脉处，在距股静脉0.5 cm处钳夹切断大隐静脉主干，近心端结扎，分别切断、结扎5条属支，抽出大隐静脉主干（有时需分段抽出大隐静脉），缝合创口，余下曲张静脉用7号丝线缝扎，术后应用弹力绷带包扎2周。

2 结果与讨论

45例患者均痊愈出院，无并发症。传统大隐静脉高位结扎加剥脱术是在大隐静脉入股静脉处结扎大隐静脉各分支及主干，由于高位阻断了大隐静脉血流，而远端肢体浅静脉血仍向大隐静脉内汇集回流，当剥脱器向远端插入时，失血较多。此外，由于大隐静脉腔内有9～15对静脉瓣，当向远心端插入剥脱器时，往往因静脉瓣阻挡而不能达到较远的距离，皮肤需作较多切口方能剥脱大隐静脉主干。改良的大隐静脉高位结扎加剥脱术，它是由内踝开始，首先于内踝处结扎大隐静脉起始端，阻断了足背静脉网的回流。由于没有先高位结扎入股静脉处的大隐静脉，故不影响患肢浅静脉血回流。顺行插入剥脱器，因不受静脉瓣的阻挡，往往一次插入较长的距离。其主要优点是出血少、手术时间短、皮肤切口少，利于美观。此外，传统方法偶有误伤股静脉的报道，而采用改良法，可避免股静脉的损伤。

（编辑：黄春霞）

重型颅脑损伤后并发多器官功能衰竭20例分析

石新刚，王智勇 （鞍山钢铁集团公司长甸医院神经外科，辽宁 鞍山 114000）

[关键词] 颅脑损伤；多器官功能衰竭；并发症
[中图分类号] R651.1， [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0207－02

重型颅脑损伤后并发多器官功能不全综合征（MODS）在临床时有发生，其病程凶险，死亡率和病残率较高，必须高度重视，本文对我院1996至2004年10月收治的20例进行总结分析，报告如下。

1 临床资料

本组男性14例，女性6例，年龄12～75岁，占同期颅脑损伤4.5%。GCS评分3～5分14例，6～8分6例。并发MODS时间：伤后或术后48 h内5例，3～7 d 14例，7 d以上1例。按Fry（1998）的诊断标准分类：肺功不全＋心功不全12例，肺功不全＋胃肠粘膜出血4例，肺功不全＋肾功不全2例，肺功不全＋肝功不全2例。

2 结果

14例经救治无效死亡，占同期重型颅脑损伤死亡49例的28.6%。存活6例中2例基本好转，4例致残（轻残3例，重残1例）。

3 讨论

3.1 并发MODS的病因

分析本组颅脑外伤并发MODS的病因有如下几点：①国外的最新研究成果显示重型颅脑损伤患者血浆内毒素和肿瘤坏死因子水平变化与多器官功能不全综合征的发生有着密切关系。重型颅脑损伤后早期即有血浆内毒素的显著升高，同时血浆坏死因子水平也相应升高，其峰值稍晚于血浆内毒素。脑损伤后早期血浆内毒素大量侵入体内，激活体内单核—巨噬细胞系统促进炎性细胞因子的释放引起机体广泛的损伤。而肿瘤坏死因子是介导内毒素损伤效应的关键介质之一，它不仅直接作用肿瘤坏死因子受体，而且可诱导产生白介素－1和白介素－6引起肿瘤坏死因子的作用扩大，并进而引起机体更广泛的损伤，从而引起MODS的发生。②重型颅脑损伤后原发和继发性脑干损伤和丘脑下部损伤，颅内压持续升高，植物神经中枢功能紊乱，交感神经兴奋，血中儿茶酚胺增加，引起全身血管收缩。同时丘脑下部损伤还可引起中枢性离子紊乱，导致全身血管痉挛。外周血管阻力增加，左心负荷加重，肺静脉压力增高，引起神经源性肺水肿。由于体内各重要脏器血管收缩而发生微循环障碍导致组织灌流不足，也可引起MODS。③中枢性呼吸障碍，肺部感染，呼吸道梗阻常使肺部在多器官功能不全中最先受累，且预后不良。④脑外伤后引起的内分泌紊乱是应激性溃疡主要原因。⑤长时间大量使用脱水剂、激素可导致离子紊乱，内分泌紊乱，及药物本身的毒害作用，可引起或加重已存在MODS。

3.2 预防及治疗

准确的预测和有效的预防是降低MODS发生或减少重型颅脑损伤的关键。我们体会应做到以下几点：①早期诊断，及时开颅清除病灶，在治疗脑外伤的同时，密切监测生命体征与诸器官功能10 d以上。②早期的肺部炎症或分泌物阻塞呼吸道应尽早行气管切开，加强吸痰，抗炎能很快控制其发展。③及时纠正休克及水电解质平衡失调，保证供氧。④加强营养支持疗法，减少分解代谢，尽早鼻饲。⑤在多器官功能不全综合征发生的早期，及时采取有效的措施，中止多器官功能不全综合征的连锁反应，当呼吸≥28次/分，PaO_2 < 8 kPa时，应予以机械通气，呼吸机正压给氧，使PaO_2维持在9.3 kPa以上，避免高

[收稿日期] 2004－01－15 [修回日期] 2005－02－18

维普资讯 http://www.cqvip.com

浓度正压给氧对肺的损害。⑥胃肠粘膜出血的治疗，持续的胃肠减压，静脉注入乌丝他丁、法莫替丁用以抑制胃液的分泌，出血严重者可将去甲肾上腺素1 mg加入200 ml冷生理盐水内，用胃管注入胃内止血，对严重贫血者可适量输血。⑦如少尿，血BUN > 10 mmol/L应给利尿剂，同时停用对肾有损害的药物。⑧肝衰的处理，补充能量及支链氨基酸，根据病情变化从静脉输入谷氨酸钠等以降低血氨。

总之，尽管重型颅脑外伤并发多器官功能不全综合征的病程十分险重，治疗中也有一定的困难，只要做到早期诊断、正确治疗、护理得当，其预后还是很有希望的。

（编辑：蒋登金）

泌尿生殖系损伤的护理体会

张文杰，肖海燕，赵 影 （鞍山钢铁集团公司立山医院外科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 泌尿生殖系；护理；损伤
[中图分类号] R691.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0208-01

泌尿生殖系损伤常发生于冶金工业外伤和交通伤，本文将我院1995年至2004年5月收治的124例进行回顾性总结分析，结合文献学习，将护理体会进行报告。

1 临床资料

1.1 临床资料

本组男性78例；女性46例，年龄最小10岁，最大74岁，伤后距住院时间0.5 h至20 h不等。

1.2 致伤原因及分类

①致伤原因：冶金工业伤52例（高空坠落伤32例，撞击伤20例）；交通伤36例，刀刺伤18例，打击外伤14例。②分类：肾损伤93例（肾挫伤51例，肾破裂42例）；输尿管断裂2例；膀胱挫裂伤4例；尿道断裂12例，阴囊裂伤3例，睾丸挫伤6例。本组尚有36例同时并有颅脑、胸、肝脾损伤以及各部位骨折。

2 结果

保守治疗54例，70例急诊手术，主要手术有清创缝合术、修补术、尿道会师术和肾切除术等，术后并发尿瘘2例，尿道狭窄3例，切口感染12例，并发症占手术24.3%。

3 护理体会

3.1 密切观察病情，为正确诊断提供资料

泌尿生殖系损伤除了肾或肾蒂破裂大出血，病人早期发生失血性休克易于诊断外，部分器官因解剖位置较为隐蔽，如输尿管，后尿道等，在损伤的早期往往症状和体征不明显，需要观察。观察，是护理的基础，只有正确认真的观察，才会有良好的护理措施。例如：血尿是泌尿系损伤的常见症状，血尿的进行加重就意味损伤的继续，而留置导尿又是观察血尿变化的最好措施，因此，护理对保证医生及时正确诊断至关重要。

3.2 做好围手术期护理

严重的泌尿生殖系损伤常需要急诊手术，并且术后尽快恢复生理功能，因此，必须做好围手术期护理，我们体会有以下几点：①心理护理，在整个围手术期间，护士都应以同情、理解、温和的态度来对待病人，用自己的行动感化和语言交流进行思想沟通，让病人感到放心，消除疑虑，增强战胜创伤的信心，主动配合医生做好必要的检查和治疗，例如：本组有一青年女性，被歹徒用刀刺伤会阴，造成膀胱、尿道和阴道损伤，曾一度有轻生想法，由于心理护理及时周到，最后使其消除各种顾虑，配合治疗获得治愈。②术前准备，对发生失血性休克的病人要在加大吸氧的同时迅速建立2～3条静脉通路，快速输液（平衡液）保持血压稳定，并在短时间内做好配血，当医生准备做必要的辅助检查（如：B超、CT、X线透视）或决定手术急救时，护士应始终看护病人，同时以娴熟的外科护理技术做好胃肠减压、术区备皮、留置导尿、麻醉前给药等项工作。③术后护理，第一，常规进行心电监测，密切观察生命体征的变化。生命体征的变化时刻提示着病情的恶化与好转，重危病人随时都有发生多脏器功能不全的可能。本组12例并发心肺功能不全，采用气管插管带呼吸机辅助呼吸等抢救措施好转。第二，加强各种引流管护理。泌尿系损伤术后放置引流管较多，如：输尿管支架引流管，膀胱造瘘管，耻骨上引流管，腹膜后或腹部盆腔引流管，导尿管等，这些引流管的共同作用是通过引流减压，促进管腔愈合，故管内引流液的颜色、数量是反映病情变化的重要资料，护理时不仅要保持各种引流管的通畅，还要注意固定是否牢靠防止其脱落扭曲，每日记好引流量及时更换无菌干净的引流袋，一旦发现有异常变化，应立即向医生报告。

3.3 营养与外周环境的护理

营养护理在泌尿生殖系损伤的治疗中尤为重要，特别是手术后病人要保持正氮平衡才能促进各种吻合口和切口的愈合，对不能进食的病人应从静脉补充各种营养液如：白蛋白、血浆、复方氨基酸、糖盐水和多种维生素等，保证每日输液量的完成，对已能进食的病人则采用多种方式给予高蛋白膳食，保持能量每日至少1 200～1 500千卡左右。

外周环境的好坏对病人的康复快慢也有很大关系，护理人员应以勤奋耐劳的精神为病人创造良好的治疗环境，如被褥的纤细洁净，室内的空气清新，协助病人适当的活动都有利于病人的早日康复。

（编辑：兰阳军）

[收稿日期]2004-12-25 [修回日期] 2005-01-15