维普资讯 http://www.cqvip.co

肝脏损伤62例诊治体会

左兆福* 张跃刚* 李加彬*

我科近7年来共收治肝外伤62例，现将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组62例，男48例，女14例。年龄8～62岁。闭合伤46例，原因多为撞压伤、砸伤、坠落伤等；开放伤14例，其中刀刺伤13例，火器伤1例；右肝损伤50例，左肝损伤6例，左右肝损伤6例；单纯肝损伤18例，合并其它脏器伤48例，如脾破裂12例，胰腺伤4例，肋骨骨折21例，肾挫伤5例，多发骨折12例，胃小肠损伤8例，血气胸8例，肠系膜损伤7例，脑外伤6例，下腔静脉裂伤1例。

1.2 方法

按Moore分类，轻度肝损伤48例，严重肝损伤14例；非手术治疗6例，手术治疗56例；手术方式单纯修补13例，明胶海绵填塞或覆盖11例，大网膜填塞加修补12例，肝固有动脉结扎加修补2例，清创性切肝加大网膜填塞修补9例，不规则肝切除8例，肝修补加下腔静脉修补1例。

2 结果

治愈58例，死亡4例，均死于失血性休克。术后膈下感染3例，肝内脓肿1例，二次手术2例。

3 讨论

近年来对肝脏损伤一旦诊断明确便立即手术的概念已有所转变，一些经过选择的病人在非手术治疗下可以得到治愈，对血液动力学稳定，无腹膜炎体征，无腹腔其它重要脏器损伤征象，肝损伤仅表现为被膜撕裂，浅表实质损伤，肝内血肿小于5 cm者，在全身情况稳定条件下作为选择非手术治疗提供依据。

肝脏损伤的诊断依靠右上腹、右下胸部外伤史，腹腔内出血的临床表现和诊断性腹腔穿刺。其它辅助检查方法，如B超、CT等影像学检查多用于可疑肝损伤病例，本组腹穿符合率93%，为早期诊断提供有力依据。最近对一些病情稳定的轻型病例使用腹腔镜进行诊断和做局部处理，具体优点是明确诊断降低阴性剖腹探查，诊断治疗一体化，但腹腔镜对合并伤如十二指肠损伤，肾损伤等难以明确诊断，严重肝损伤难以在腹腔镜下得到妥善处理。

对治疗的具体体会是：(1)肝缝合术：它适用于Ⅰ～Ⅱ级浅表小裂伤，深度小于3 cm，应清除血块，单纯缝合。Ⅲ～Ⅳ级裂伤深度大于3 cm，应阻断肝门暂时控制出血，彻底清除失活肝组织，结扎破裂的胆管和血管，再行缝合。(2)带蒂大网膜填塞后缝合：它既可消灭死腔，又可有效地防止创面渗血、胆汁渗漏和术后感染。(3)清创性肝切除：复杂性损伤造成大范围失活肝组织或肝碎片相连还是采用清创性肝切除术为好。(4)肝部分切除术：其适应证为深度肝创伤并涉及大血管及胆管、无生机的半肝、肝叶、肝段，伴有门静脉和下腔静脉损伤难以控制的大出血。(5)肝动脉结扎：经以上各种处置无效时可考虑肝动脉结扎，但当休克伴血容量不足，低氧血症，中度以上肝硬化，门静脉血栓形成时应禁用，在肝静脉出血时亦无效。(6)纱布填塞术：它易引起继发出血、感染，但在凝血机制障碍，肝两叶广泛损伤不能控制出血，肝被膜下大出血有继续扩大趋势，可考虑应用。(7)处理合并伤：本组同时行脾切除术，小肠部分切除，胸腔闭式引流等手术。当处理肝损伤后，一定要对腹内所有脏器进行有序检查，因为部分内脏损伤常为肝损伤症状所隐蔽。

(收稿日期：2003－2－24)

* 作者单位：154100 黑龙江省鹤岗矿业集团总医院

体外循环术后不同吸痰方法对动脉血氧分压的影响

李 静* 王丽范* 杨 波*

体外循环心内手术后，为了维持病人的呼吸功能，均需要进行人工呼吸机辅助呼吸。在辅助呼吸的过程中，保持呼吸道通畅至关重要。由于吸痰的刺激，常常引起病人血氧饱和度和动脉分压下降及心律失常的发生。如何改进吸痰方法，减少吸

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学附属第一临床医院ICU

维普资讯 http://www.cqvip.co

痰的副作用,使病人的动脉血氧分压维持在一个相对正常的水平。针对这一问题,通过分析几种不同吸痰方法,并进行比较,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我科2001年1月至12月收治的体外循环心内直视手术后患者20例,其中男性12例,女性8例,年龄在8~29岁.其中先天性室间隔缺损10例,房间隔缺损10例。所有病人术前肺功能检查均在正常范围,X线检查无肺部炎症及肺不张,但有不同程度肺部充血改变。血气检查,PaO_2 > 80 mmHg,$PaCO_2$ 35~45 mmHg。

1.2 操作方法

病人均在体外循环下行心内直视手术后保留气管插管,在ICU内行呼吸机辅助呼吸,潮气量10~12 ml/kg,频率10~16/min。每一病人均在呼吸机辅助呼吸30 min后采动脉血检查血气各参数稳定,同时在血液动力学稳定情况下进行吸痰。吸痰时动作轻柔,每次吸痰时间不超过15 s。用5 ml注射器抽取预先配制的肝素抗凝剂2 ml冲洗后排净气体,抽取动脉血2 ml立即行血气分析。

第一组普通吸痰前后对比:于吸痰前采血样血气分析一次,然后吸痰2次,吸痰后立即采血做血气分析。

第二组吸痰前氧合:同第一组比较后1 h采血样,然后将呼吸机吸入氧浓度调至100%,呼吸2 min后立即吸痰2次,然后采动脉血做血气分析。

第三组吸痰后氧合,呼吸机通气:同第二组比较后1 h采血样,吸痰2次,之后立即用呼吸机深呼吸3~5次,氧浓度100%,然后采动脉血做血气分析。

第四组吸痰后氧合,呼吸囊挤压呼吸:同第三组比较后1 h采血样,然后吸痰2次,吸痰后呼吸囊连接100%氧气挤压呼吸3~5次,然后采动脉血做血气分析。

2 结果

各组吸痰前后 PaO_2 ~ $PaCO_2$ 的变化,见附表。

附表 各组吸痰前后 PaO_2 与 $PaCO_2$ 的变化

组别	吸痰前		吸痰后	
	PaO_2	$PaCO_2$	PaO_2	$PaCO_2$
第一组	95.6±9.1	40±5.6	63±17.2*	42±41
第二组	93.2±10.7	41.3.4	136±13.8*	41±3.8
第三组	96.3±9.3	40±3.9	168±12.4*	40±3.8
第四组	95.6±10.3	41±3.2	79.6±11.2	43±3.4

注:与吸痰前比较,* $P<0.001$

在不同组吸痰前测定的血气值无显著差异,由表中可见普通吸痰后,动脉血氧分压明显低于吸痰前,经统计学处理 $P<0.001$ 有非常显著差异。在吸痰后由气囊加压给氧,血氧分压降低,虽较普通吸痰方法略高,但与吸痰前比较经统计学处理无显著差异,而吸痰后通过呼吸机大潮气量高浓度给氧吸痰后氧分压明显高于吸痰前($P<0.01$),有非常显著差异,且吸痰后呼吸机高浓度大潮气量给氧,氧分压最高。

3 讨论

本文通过对20例先天性心脏病体外循环心内直视术后进行呼吸机辅助呼吸的病人,进行不同吸痰方法的比较,发现常规吸痰可以引起低氧血症的发生,而采取用呼吸机行大潮气量前氧合和后氧合方法,可以预防低氧血症的发生。而呼吸囊行后氧合对低氧血症的发生预防作用不大。由此,本文认为在吸痰后进行呼吸机大潮气量氧合是吸痰的最佳方法。

(收稿日期:2003-04-16)

肠道手术后合并梭状芽胞杆菌性肌坏死四例

陆江柏* 许延伟* 李 刚*

肠道手后合并梭状芽胞杆菌性肌坏死,病死率较高,但并不多见。我院自1985~2000年期间,发现此症4例,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组4例男性,年龄35~72岁。2例腹部碾压伤回肠破裂,1例腹部刀伤回肠破裂,均行修补术,1例结肠绞窄梗阻肠破裂,行双腔造瘘术。术后出现梭状芽胞杆菌性肌坏死,发生时间在术后24~38 h。临床表现均有严重的中毒症状:表情淡漠、高热、脉速、腹部剧烈痛(不能用手术切口来解释的疼痛)、呼吸困难、黄疸、低血压、切口周围皮肤呈暗紫色、水肿、切口边缘触之有捻发音;从切口缝线间渗出带气泡的臭的淡红色渗液,涂片可见革兰氏阳性荚膜杆菌。血化验检查:白细胞(1.4~2.4)×10^9/L,红细胞3.49×10^{12}/L,血红蛋白130 g/L.

1.2 手术方法

4例均行局部多处纵行切开减压清创,见肌肉呈暗红色、失

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市农垦总局医院