维普资讯 http://www.cqvip.com

中,掌背瘢痕挛缩9例,掌心瘢痕挛缩4例,拳状粘连3例。

2.手术方法:(1)线状瘢痕挛缩行"Z"字成形术;(2)瘢痕切除及游离植皮术;(3)皮瓣移植术;(4)掌指关节、指间关节畸形的功能位融合术。(5)虎口瘢痕挛缩的皮瓣修复术。

二、结果与讨论

手部瘢痕挛缩对手的影响较其他部位瘢痕对机体功能的影响更为严重,在治疗上应以恢复手的功能为主要目的。同时应兼顾手的美观形态,以手术治疗效果为最佳。现就其方法讨论以下几点:

1.线状瘢痕挛缩"Z"成形术:本组病例指间关节线状瘢痕挛缩3例,通过"Z"字成形术,利用皮瓣重新配置和改变组织的牵引方向,增加组织的长度,解除挛缩畸形。体会:(1) Z切口与轴的角度以60~70°为宜;(2) 三角形皮瓣以正常皮肤为主,并有充分的宽度以保证血液供应,三角皮瓣的尖略呈圆形,以防坏死;(3)缝合皮距要小;(4)较长的线状瘢痕,可连续设计多个Z形切口。

2.瘢痕切除及游离植皮术:本组5例手掌部瘢痕挛缩并指蹼粘连,掌指关节呈屈曲状,行瘢痕切除游离植皮术。体会:(1)彻底切除瘢痕组织,沿瘢痕组织与正常组织交界处切口,不符合手部切口原则的切口,其边缘呈锯齿状,如近指蹼处。(2)瘢痕挛缩严重与深部重要组织粘连者需将瘢痕分层切除,使重要组织(如神经、血管等)不裸露。(3)放松止血带,创面彻底止血,测得皮肤缺损大小。取中厚或全厚皮片移植创面,打包加压固定,注意创面基底部均为有血运的组织是保证皮片或成活的必备条件。

3.皮瓣移植:本组病例15例因瘢痕切除后有重要组织裸露如神经、肌腱、血管、骨骼、关节等,或需再次手术修复的肌腱、神经、血管、骨关节而应用皮瓣移植。合并掌指关节掌背侧挛缩畸形,如本组3例较严重爪形手畸形,同时矫正掌指关节背伸畸形,切除瘢痕后,充分松解关节周围粘连,侧副韧带切除,背侧关节囊切除,行腹股沟轴形皮瓣移植修复。

4.虎口瘢痕挛缩与拇内收畸形:本组3例虎口挛缩较轻病例采用连续"Z"成形术,效果满意。2例较严重病采用拇内收肌止点切除,拇指外展、内旋对掌位后,克氏针内固定后,采用腹胸轴形皮瓣和前臂骨间背侧岛状皮瓣修复。

5.指间关节畸形:(1)严重者行关节融合术。本组3例合并中央腱束断裂,侧腱束滑脱,不具备伸肌腱修复的条件,故行指间关节功能位融合术。(2)中央腱束修复:视情况而选择之。本组只有2例选择此方法,因此损伤范围小,瘢痕少,并有少量皮下组织,其侧腱束无明显粘连,且关节有一定活动度。

6.掌指关节畸形:本组病例均伴有关节脱位及半脱位,均行侧副韧带切除,背侧关节囊切开,关节内松解,松解后被动屈掌指关节可达60~70°。

7.指蹼挛缩的处理:本组较轻病例采用不等边三角形皮瓣Z成形与单个三角形皮瓣插入术皮瓣加植皮修复术;本组较严重病例采用彻底切除瘢痕,加深指蹼并植入中厚皮片修复。

8.勾甲畸形:本组3例严重指甲畸形采用指腹横行鱼口状切口,向上翻起,以克氏针内固定后取足趾趾腹皮瓣游离移植术,均取得满意疗效。

(收稿日期:20020-10-26)

纵隔脂肪瘤二例

李兴富* 陈晓光*

一、临床资料

病例1,男,43岁。CT检查,前上纵隔见有3.2 cm×4.3 cm×4.5 cm低密度肿块影,边缘光整,密度均匀。CT值为-108 Hu,周围组织器官无受压等异常改变。CT诊断为纵隔脂肪瘤。病例2,51岁,自觉胸部不适前来医院就诊。查体:右下肺呼吸音减弱,其他无异常体症。胸部正位及右侧位片检查,右肺下野右心缘旁可见有9.3 cm×9.6 cm巨大的圆形肿块影,边缘光整,密度均匀,内缘与心影重叠。肿块内可见肺纹理走行影像。右侧位,在膈肌上前胸壁后可见一近似三角形的肿块影,大小约9.0 cm×7.0 cm左右,边缘光整,密度均匀。X线诊断:肺内占位性病变,建议CT检查。CT扫描所见:右肺下野心缘旁可见8.0 cm×8.2 cm不规则低密度肿块影,边缘光整,密度均匀,CT值-129 Hu。CT诊断为纵隔脂肪瘤。手术病理证实纵隔脂肪瘤。

二、结果与讨论

纵隔脂肪瘤在临床上相对较少见。好发部位为前纵隔下部及心膈角处,但可发生在纵隔内任何部位。病理上肿瘤由成熟脂肪组织组成,外周有包膜,边界清楚。临床上脂肪瘤多无

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院放射科

维普资讯 http://www.cqvip.com

症状。可能与脂肪瘤质地柔软很少压迫周围器官引起症状有关。故肿瘤可呈巨大,可向上生长达颈部或沿肋间隙外突向胸壁。

脂肪瘤普通X线检查因无特征性,故诊断较难。而CT与MRI的表现较具特征性。小的脂肪瘤多呈圆形或椭圆形,较大的形态多不规则。肿瘤边缘清楚,常呈上窄下宽,呈泪滴状,有质地柔软感,甚至贴于横膈上。脂肪瘤密度均匀,CT呈低密度,CT值 -80~120 Hu。MRI脂肪瘤呈均匀高信号,T1加权和T2加权图象上均与腋下脂肪信号一样呈高信号。

脂肪瘤应与纵隔内脂肪蓄积和心包脂肪垫鉴别,后两者均发生于肥胖病人,或有激素治疗病史的患者。CT与MRI上无明确肿块形态,无边界,呈弥漫性脂肪组织增多或心膈角处不规则片状脂肪密度影。气管、支气管及其他脏器无异常改变。

恶性脂肪瘤即脂肪肉瘤少见,病理上见到未成熟的脂肪组织与成熟的脂肪组织共同存在,肿瘤包膜消失,呈分叶状向周围组织浸润生长。CT上呈低密度,但密度常不均匀,可出现不规则软组织密度部分,病灶边缘不清,向周围组织浸润生长,肿瘤生长速度很快,MRI呈高信号,由于纵隔脂肪、软组织亦呈高信号,有时脂肪肉瘤向周围浸润生长的表现在MRI显示欠佳。脂肪肉瘤在鉴别诊断上应与含丰富脂肪的畸胎瘤相鉴别。畸胎瘤边界清楚,形态较规则,如发现有牙齿、骨骼等高密度影,则有利于畸胎瘤的诊断。

(收稿日期:2002-09-15)

血液透析中急性并发症的原因分析与对策

许爱华* 王殿珍*

血液透析是治疗急慢性肾功能衰竭迅速有效的方法,而透析中常伴有急性并发症的发生,不同程度地影响了透析治疗的正常运行,使患者病情加重,甚至危及生命。现将血液透析过程中常见急性并发症的原因及其处理对策报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:我院自1998至2001年12月共收治血液透析病人507例,进行血液透析4115次。其中慢性肾衰终末期尿毒症445例,血透3915次;急性肾衰51例,血透168次;中毒11例,血透32次。

2.透析资料:(1)设备:透析机采用美国费森(Fresenius Medical Care)4008S、4008B型机器,透析用水通过美国费森公司反渗水处理器配套提供。透析液种类:醋酸盐和碳酸盐。(2)主要透析参数:血液量开始从100~120 ml/min逐渐上升到150~250 ml/min,平均200 ml/min。肝素剂量根据体重、贫血程度、出血倾向、有无创伤及近期大手术而定,大多数用量0.6 mg/kg,透析结束前20~30 min停止使用。有65%采用永久性血管通路,以前臂动静脉内瘘为主;临时血管通路均用外周动脉和中心静脉直接穿刺。透析时间:首次2.5~3 h,第二次以上4~5 h。(3)血液透析治疗依据:血肌酐≥530~840 μmmol/L,或血钾≥6.5 mmol/L。

二、结果

各类并发症及发生率:低血压380次,占9.2%;高血压243次,占5.90%;失衡综合征98次,占2.38%;发热162次,占3.93%;出血57次,1.38%,并发症总发生率22.84%(940/4115)。

三、讨论

1.低血压:低血压是指平均动脉压比透析前下降4.0 kPa(30 mmHg)以上或收缩压降至12 kPa(90 mmHg)以下。

本组低血压发生率为9.2%,它是血液透析中最常见的并发症,其发生率居各类并发症之首。发生的原因主要有:① 有效血容量不足,② 超滤量过多或过快,③ 自主神经功能紊乱,④循环功能不稳定,以老年人多见。

低血压的处理应根据不同原因采取相应的对策:① 透析过程中严密监测血压、脉搏及观察患者的一般情况。② 严格控制超滤液量,每次超滤量一般不超过患者两次透析间的体重差。③ 增加血浆渗透压,可用含钠140~142 mmol/L的透析液。急性低血压时,快速静脉滴注复方乳酸钠(平衡液)250~500 ml。④ 合理使用降压药,透析前停服一次降压药。⑤ 改善透析方法,血液透析与血液透析滤过交替使用。⑥ 经处理后血压仍低,可酌情使用升压药,例如多巴胺或间羟胺。⑦ 改善贫血,增加有效血容量。

2.高血压:本组血液透析中高血压发病率为5.92%。发生原因主要有:① 精神过度紧张。② 肾脏损害致血浆肾素、血管紧张素活性增高,透析超滤脱水又使之加剧。③ 水钠潴留致血容量增高。高血压是血液透析并发的危险因素,可致死亡,应积极防治、处理。对策包括:① 限制水、钠的摄入。每日

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属西南医院泌尿中心肾科