维普资讯 http://www.cqvip.com

用湿化器进行气道湿化，温度为28～32℃。②保持呼吸道通畅，及时吸痰。严格遵守操作规程，动作轻柔，时间不超过15s，以免气道粘膜受损。③为防止气囊压迫气管粘膜引起局部缺血坏死，每隔2～4 h放气1次，每次5～10 min。④做好血气分析监测，血气分析是判断呼吸机通气效果和血液氧合的重要依据，是使用机械通气治疗监测的重要手段，随时根据血气指标调整呼吸机的参数，以维持酸碱平衡和保证最佳通气效果及氧合状态。⑤严格掌握脱机指征：病人全麻完全清醒，呼吸循环稳定，肌张力恢复，尿量满意（1～2 $ml \cdot kg^{-1} \cdot h^{-1}$），血气指标满意时可过渡拔管，拔管后密切观察病人的呼吸频率、节律、深浅度，30 min后复查血气。血气满意拔管成功，拔管后鼓励和协助病人咳嗽，以防肺不张，行超声雾化吸入1次/4小时，合理应用抗生素以防肺部并发症发生，必要时做痰培养检查。

（收稿日期：2003－04－14）

脾切除术后切口出血误诊为腹腔出血一例

韦文礼* 黄世林*

1 资料与方法

病例，女，13岁，发现左上腹包块2月，于2000年5月9日入院。查体：左上腹膨隆，脾肿大Ⅲ度，超过脐水平线3 cm，表面光滑，边界清楚，可推动，肝未扪及，腹水征阴性。辅助检查：Hb 120 g/L，WBC 2.64×10^9/L，N 90%，L 10%，出血时间1 min，凝血时间10 min，血小板 240×10^9/L，肝、肾功能无异常，B超示脾肿大，胸片示双肺野清晰，心膈正常，心电图报告窦性心律不齐。术前诊断：巨脾伴脾功能亢进。2000年5月11日在硬膜外麻醉下取左上腹“卜”字形切口行脾切除术，脾窝放置腹腔引流管接负压袋引流。术后第二天出现腹痛、腹胀、口渴、发热，腹腔引流管引出血液30 ml。查体：T 39℃、R 54次/分、P 154次/分、BP 13/7 kPa，面色口唇苍白，四肢湿冷，腹饱满、压痛，左下腹腔穿刺抽出不凝血4 ml，B超提示腹腔内积血。考虑为腹腔内大出血，予输血抗休克的同时行第二次手术，从原切口入腹，发现腹腔内积血，脾窝有凝血块，吸净后用盐水垫将肠管推向右侧充分显露左侧腹腔，检查膈面、胃脾韧带、外侧腹膜、脾蒂、胰尾等均未见活动性出血。再探查肠管、大网膜、肠系膜亦未见出血。脾窝、左下腹分别放置双套管腹腔引流管引流，关腹。第二次术后21 h腹腔引流管又引出血液480 ml，充分准备后行第三次手术。仍从原切口入腹，吸净腹腔内积血，仔细探查仍未发现出血部位。腹腔内填塞干净湿盐水垫，取出切口拉钩观察2 min，然后轻轻提起切口缓慢移出盐水垫，发现上腹切口下盐水垫有血液浸湿，相对应部位的腹壁上动脉呈搏动性出血，予缝扎后观察腹腔未见血液，放置腹腔引流管，关腹，住院12 d治愈出院。

2 结果与讨论

腹部手术后腹壁切口出血流入腹腔和腹腔内出血再手术的原因，有疾病本身的客观因素，也有医生技术、经验和责任心等主观因素。本例术后第二天腹腔引流管引出血液量少，但有典型的失血性休克表现，结合腹腔穿刺抽出不凝血考虑为腹腔内出血行第二次手术，术中探查未找到出血部位而安放腹腔引流管关腹，忽略了腹壁切口出血流入腹腔的可能，并在拉钩提起腹壁切口检查时，切口血管断端处于痉挛状态或受牵拉压迫而暂停出血更难发现，当去除切口拉钩压迫后关腹，全身血循环改善，切口血管舒张和失去压迫而继续出血流入腹腔致使病人遭受第三次手术创伤，术中仔细探查腹腔、腹壁，发现切口腹壁上动脉搏动性出血，予缝扎方挽救了病人的生命，给我科的教训是深刻的。因此，一旦诊断为术后出血，都必须毫不犹豫地再次手术，进行探查，彻底止血。

腹部切口出血流入腹腔和腹腔内出血常表现为烦燥不安，脉搏细速，血压下降，四肢湿冷等失血症状，原有引流管内引出新鲜血液或腹穿抽出不凝血即可确诊。有时腹腔引流管特别是接负压袋引流者，因血块、大网膜堵塞可无或仅有少量血液流出，容易被忽略，故不能以此否认腹腔内出血或积血。同时，应特别重视生命征、全身症状及腹部变化。腹部检查和腹腔穿刺更为重要。

腹部手术尤其是取横切口，直接造成腹壁组织横断性损伤，断面血管容易回缩引起出血遗漏。术后腹壁切口出血重在预防，本文认为应注意以下三点：1. 切开腹壁宜逐层仔细结扎止血，较大血管应缝扎牢固；2. 关闭切口前应在腹壁切口无张力和无压迫情况下仔细观察，充分显露，要求术野干净，没有任何出血；3、关闭切口也要逐层进行，对合良好，特别是腹膜要对合且针距不宜过大。注意以上三点就可避免腹部切口出血和出血血液流入腹腔而误诊腹腔内出血之可能。

（收稿日期：2002－09－05）

* 作者单位：552300 贵州省望谟县中医院