维普资讯 http://www.cqvip.com

复位，螺钉固定，如骨块压缩严重可考虑结构性植骨。术后静脉应用抗生素，患肢抬高，根据骨折粉碎情况（一般术后2周）每天放松远侧万向关节两次，活动踝关节。术后2～3个月X线片显示骨折愈合后拆除支架。

二、结果

本组随访时间15～36个月（平均25个月），住院时间3～7周（平均4周），关节面复位评定标准：移位5mm为优良；移位5～10mm为中；移位10mm为差。下肢力线评定标准：成角5°为优良；成角5°～10°为中；成角10°为差。术后关节面恢复优良者12例（75%）；中3例（18.7%）；差1例（6.3%）。力线恢复优良者13例（81.3%）；中2例（12.5%）；差1例（6.3%）。临床评分57～90分（平均75分）采用Phillips & Shwart踝关节评分法。术后伤口皮缘坏死1例，针道感染2例，经换药及抗生素治疗后愈合，无深部感染。

三、讨论

Pilon骨折是胫骨远端涉及关节面的骨折，并根据关节面的移位、粉碎程度将其分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型。Ⅲ型骨折往往是高能量损伤，由于部分能量被软组织吸收，加上胫骨远端皮肤血循环较差，其伤口感染，内置物外露等伤口并发症较多。目前，Pilon骨折治疗的研究主要集中于在获得关节面良好复位的同时如何使局部皮肤保持健康、完整。

手术时机的选择对Ⅲ型Pilon骨折的治疗是非常重要的，Wagner等的研究表明，伤后7d内行手术治疗，因为此时的软组织创伤没有充分恢复，肿胀完全消退，可导致软组织方面的并发症明显增加。Wyrsch等人对伤后3～5d进行手术的Pilon骨折患者进行研究，其感染率为28%，切口并发症为33%，截肢率为16%，从而得出在此期行手术治疗是不明智的。但手术时间延后过多会导致骨折块辨认困难，不能达到最理想的复位效果。故将手术时间定为伤后第10～14d。

伤后急诊行外固定及腓骨骨折钢板固定具有以下优点：(1)外固定架的牵开作用可防止软组织挛缩所导致的最终胫骨远端切开复位时伤口关闭困难。(2)对腓骨的固定不仅能有效地恢复肢体的长度，而且有利于胫骨骨折端的稳定。有利于以后关节面的解剖复位，(3)外固定支架具有独特的牵开作用，在牵开过程中可以利用肌腱复位作用（ligamentotaxis）使粉碎骨折初步复位，使关节间隙恢复正常，从而更有利于后期关节功能的恢复。(4)内固定结合外固定支架固定牢靠，术后可早期扶拐下地行走，促进骨折的愈合，大大缩短了住院时间，也减少病人及社会的负担。

由本组病例可以看出：分阶段治疗Pilon骨折明显减少了伤口并发症，可以更好地恢复关节面的解剖，且固定更为确切、牢固，有利于关节间隙及关节活动恢复正常，是治疗Ⅲ型Pilon骨折有效的方法。

（收稿日期：2001-11-29）

急性非结石性胆囊炎穿孔并左肝囊肿出血破裂一例

刘仁贵* 谭云波*

一、临床资料

病例，患者，男，34岁，白族，因右上腹疼痛10d入院。患者于10d产有进油腻饮食后，夜间突发右上腹疼痛，呈持续性胀痛，无牵涉及放射痛，感畏寒、发热，在当地市医院就诊，给予输液治疗（具体不详）一周，疼痛有所缓解，后疼痛再次加剧，并扩散至全腹，转本院就诊。既往无类似病史。入院查体：体温39.4℃，脉搏110/min，呼吸32次/min，血压22/16kPa，巩膜轻度黄染，心界向左下扩大，心率110次/min，律齐，无杂音，A2 > P2，腹稍膨隆，全腹肌紧张，压痛、反跳痛，以上腹部为甚，右肋缘下可触及肿大胆囊，移动性浊音（±），B超检查显示：①胆囊肿大，急性化脓性胆囊炎声像；②左肝外叶囊性病变（脓肿可能）。心电图检查示：①心室肥大伴劳损；②窦性心动过速；③ST-T缺血性改变。血常规示：WBC 15.4×10^9/L，N 0.91。肝功化验：ALT 94U/L，AST 65U/L，TP 51.7g/L，ALB 29.2g/L，TB 43.2μmol/L，DB 6.59 μmol/L。入院诊断：①急性化脓性胆囊炎；②原发性高血压。入院后行抗炎治疗，因血压较高，请内科会诊，诊断为：原发性高血压Ⅱ期、高血压性心脏病、心功能代偿期，给予降压处理。入院后次日上午患者腹痛加剧，血压23/15kPa，一般情况差，急诊CT示：急性胆囊炎，右肝囊肿，有数个扫描断面可见肿大的胆囊与左肝囊肿相邻。遂急诊手术，术中见胆囊约20cm×8cm×7cm，壁厚约0.6cm，炎性水肿明显，胆囊体部有一直径约0.5cm穿孔，周围有大量脓苔附着，左肝外叶上见一约10cm×6cm×5cm囊肿，肿大的胆囊与囊肿毗邻，囊肿顶部破溃囊壁薄，内充满陈旧性血块，胆总管及肝总管无扩张，顺逆结合切除胆囊，清除左肝囊内积血，未见活动性出血，切除前外侧囊壁，后外侧壁与胃壁粘连致密，无法切除，于左肝囊肿腔内及胆囊窝处各放置一根腹腔引流管后关腹。胆囊标本剖开见其内充满陈旧性血凝块，其内无结石，胆囊粘膜可见多个溃疡，最大一直径约1.5cm×1cm×0.5cm。术后诊断为：①急性坏疽性胆囊炎、胆囊积血；②左肝囊肿囊内出血并破裂。术后行抗炎、降压等治疗，病情恢复平稳，血压控制满意，手术后第13d治愈出院。病理报告：①急性坏疽性胆囊炎；②左肝囊肿。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院外一科

维普资讯 http://www.cqvip.com

二.结果与讨论

急性非结石性胆囊炎被认为是一独立的临床病症,其病理过程与一般的急性结石性胆囊炎不同,由于其诊断不易,并发症多,病死率高而引起临床上的重视。合并于手术,外伤,烧伤后的急性非结石性胆囊炎的报道已较为普遍,合并于全身脓毒症,感染,多器官功能障碍等情况下的危重病人较少见,急性非结石性胆囊炎象应激性溃疡出血一样,被作为评定多器官衰竭的一个指标。近来研究提示,急性非结石性胆囊炎的发病机制可能与感染,组织低灌流,胆囊粘膜的能量代谢匮缺,炎症介质释放和胆汁中高浓度胆汁酸的损害作用有关,尤其值得重视的胆囊的低灌流与发生急性非结石性胆囊炎的关系。急性非结石性胆囊炎时的病理改变是胆囊粘膜坏死较为严重。此外肠源性内毒素的作用也正在受到重视。本病例患者处于原发性高血压Ⅱ期,但患者并不知晓,未作任何降压治疗。高血压病在早期即可发生周身细小动脉痉挛,随着病程进展小动脉压力持续增高,内膜纤维组织和弹力纤维发生增生,官腔变窄,血流阻力增大,导致器官组织灌流量降低。长期的高血压亦可能使胆囊动脉发生了上述病理改变,使胆囊组织灌流持续减少,胆囊粘膜缺血缺氧日益加重,发生能量代谢障碍,ATP 合成减少,胆囊收缩运动减弱,发生胆汁淤积浓缩,在高胆汁酸的损害作用下即可能发生急性炎症。由于炎症进展迅速(这可从患者症状,血象较高,肝功化验有肝功能损害上反映出来),胆囊炎性水肿逐渐加重,粘膜坏死,继而发生穿孔。肿大的胆囊靠拢左肝囊肿后,炎症随之侵及囊肿壁,并侵蚀血管又引起囊肿的感染,出血,最终破裂,此种继发性病变实属偶然,临床上罕见,文献上亦未见报道。

(收稿日期:2001-12-24)

急诊手术病人静脉穿刺部位的选择

卓 宏*

急诊手术病人往往伴有失血,水、电解质紊乱等病情,急需建立有效的静脉通道,以满足术中病人快速补血、补液、给药等,因此对静脉穿刺部位的选择就显得尤为重要。现分述如下。

一、选择静脉穿刺部位的原则

1.先上肢,后下肢;先远端,后近端。表皮无损伤,富有弹性,粗直,血流量丰富的血管。

2.既要方便手术和麻醉医师的操作及体征观察,还要考虑手术部位和体位等因素,同时要避免在关节部位,易受压肢体或伴有静脉曲张、静脉炎及皮肤感染的部位进行静脉穿刺[1]。

3.若浅静脉穿刺就能满足术中的需要,就不要作深静脉穿刺,因浅静脉留置套管操作简单,速度快,并可避免深静脉穿刺的并发症,如血气胸、空气栓塞等。

二、根据病人不同的手术选择静脉穿刺部位

1.大出血的手术病人:如肝脾破裂、宫外孕、黄体破裂、严重车祸伤等,这些病人来时大多休克,需及时补液补血,以维持机体的正常血压及体液平衡。这类病人应选择上肢静脉或颈外静脉,因它距离心脏近,能够更快进入血循环,而且上肢静脉比下肢静脉给药显效时间快 20~30s,这对抢救危重病人非常重要。但要注意颈外静脉穿刺适合于颈项较长的病人,如果病人过于肥胖、颈项短,应选择上肢静脉穿刺。

2.剖腹产等一些易受机械性压迫因素影响的病人:宜选择上肢静脉穿刺,因麻醉后手术区域肌肉松弛,血管扩张,孕妇增大的子宫压迫下腔静脉,造成血液回流受阻,甚至发生"仰卧综合症"。

3.头面部外伤手术的病人:不宜选择颈外静脉,因它既不方便麻醉给药和医生操作,同时又易影响输液、输血速度。

4.高龄和年幼病人:因其身体的因素,术中较易出现意外情况,穿刺的静脉要利于抢救,应首选上肢。对于患儿,为防止术中输液脱出,应用夹板固定。

5.肾衰需做动-静脉造瘘病人:应避免在手术操作的肢体建立输液,而影响手术。

6.其它的手术病人根据穿刺原则和具体情况而选择穿刺部位。

三、讨论

1.切忌在做过特殊手术的肢体穿刺,如血管吻合,动-静脉造瘘,静脉切开等,因该部位血液循环均存在一定障碍。

2.静脉曲张的肢体不能穿刺,因静脉曲张后,血流变慢或引起倒流,输入的药液不能直接进入循环发挥作用。

3.尽可能使用较粗的穿刺针,并选择四肢穿刺,即要利于术中观察和抢救,又不影响手术的操作。

4.只有建立有效的静脉通道,才能确保病人的生命安全,保证手术的顺利进行。

(收稿日期:2002-01-11)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学附属西南医院手术室