维普资讯 http://www.cqvip.com

的变化，尤其在阻断腔静脉时要连续监测，防止因腔静脉引流不畅所致的中心静脉压急剧升高。及时监测尿量、pH值以及出血量，从而为维护转流中液体平衡提供依据。巡回护士应密切观察手术进展情况，随时注意调节灯光，及时供应术中所需物品。手术接近完毕时，巡回护士应提前接好除颤器并充电，选择电压应从小到大，防止电压过大损伤心脏，除颤器处于备用状态，以防止意外发生。对于心率缓慢者遵医嘱给予异丙肾上腺素，治疗效果良好。(3)转流后配合 体外循环结束时，计算失血量、尿量，以监测中心静脉压作为依据，给予适量补血、补液。术中一切用物处于备用状态，以防止手术发生意外。护送病人回病房时，吊瓶上粘贴标签，注明瓶内药液名称。

二、讨论：1. 常温体外循环心脏不停跳下行房间隔、空间隔缺损修补术其优点：避免了以往胸骨正中切口失血量多、术后胸骨畸形等缺点，又避免了由于低温和全动脉阻断引起的心肌缺血、缺氧损害和灌注的损伤。2. 常温下心脏不停跳下行ASD、VSD修补，应尽可能缩短心内操作时间，除术者操作熟练外，护士的配合工作也很重要。这期间由于血液动力学的改变，观察各种监测数据，准确计算、报告出入量，密切配合手术，以缩短手术时间尤为重要。3. 我们体会到所有ASD病人均可用此手术方法，特别是ASD合并肺高压病人尤为适应。VSD病人仅用于膜周部室缺，对高位室缺、肌部室缺或合并右室流出道狭窄、动脉导管未闭等其他心脏畸形者，因显露困难，不宜采用此法。

经右胸体外循环心脏不停跳下行房室缺修补术，具有操作简单、易行，减轻心肌损害，并发症少，切口美观等优点，也使我们的术中配合工作随之简便易行，是一种值得推行的手术方法。

骨筋膜室综合征 (收稿：1999-01-25)

23P-240 外固定架 治疗 小腿骨折 3P

单臂外固定架治疗小腿骨折并骨筋膜室综合征26例

周宝才*

R683.420.5

1984年11月～1998年6月，我院共收治小腿骨折310例，共中合并骨筋膜室综合征(简称OCS)26例，应用北京富乐公司生产的单臂多功能外固定架行胫骨骨折固定，并同时行筋膜切开减压，疗效满意，现报告如下。

一、一般资料：本组26例，男17例，女9例。年龄14～69岁，平均32.6岁。胫腓骨双骨折：上段8例，中段10例，下段7例。单纯胫骨骨折1例。其中9例有严重的软组织挫伤，开放骨折9例，闭合性骨折17例。四室均累及23例，前室2例，侧室1例。致伤原因：机动车碾压伤13例，挤压伤8例，坠落伤4例，其它1例，其中合并重型颅脑损伤者1例，脾破裂者1例，均行相应救治。本组病例中1例在外院行切开复位钢板内固定术后9h发生，1例行石膏外固定术后8d发生。

二、诊断及治疗：本组病人除具有骨折特有体征外，均有以下临床表现：患肢肿胀，皮肤苍白，皮温低，出现张力性水泡，罹患间室张力增高，剧烈持续性疼痛，被动牵拉痛，足背动脉及胫后动脉搏动减弱或消失。对于本组昏迷的病人，进行筋膜间室内压力测定，利用Whiteside法，患肢压力6.0kPa(45mmHg)，健肢压力1.3kPa(10mmHg)。当确诊为OCS后，分别于50min～22h，平均3.5h行手术切开筋膜减压，并于胫骨内侧面安置单臂多功能外固定架(已行钢板内固定者取出钢板)，透视下将骨折复位固定，大量5%$NaHCO_3$冲洗创口。术后应用抗菌素，定期换药，超过8h行筋膜切开减压的患者用5%$NaHCO_3$持续滴注冲洗创口。

三、结果：术后皮肤早期缝合(术后7日内)14例，占53.8%；延期缝合(术后7日后)9例，占34.6%；原切口缝合困难游离植皮3例，占11.6%，其时间在术后14～20天。骨折愈合时间12周～23周，平均16.5周。外固定架取下时间16周～27周，平均20周。经过6月～7年随访，根据有无膝、踝关节活动受限，皮肤外观、感觉及有无肌力减弱等拟出疗效评定标准。优19例，良3例，差2例。

四、讨论：早期诊断是治疗成功的关键。有作者提

* 作者单位：157011 黑龙江省牡丹江市解放军209医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

出神经肌肉坏死警戒点：运动减弱、肌肉收缩疼痛和神经支配区感觉障碍。这三个表现的任何一个在伤肢出现时就应该认为是OCS的开始。密切动态观察患肢的体征和症状的变化是早期诊断的关键，对于昏迷的病人进行筋膜间区压力测定意义显著。手术切开筋膜减压是治疗本病的有效方法，如果手术及时、减压彻底、骨折固定方式选择恰当则患肢将顺利恢复。本组病例中2例患者切开减压时间超过12h，均于14～18周出现抓形趾畸形及肌办的减弱。所以笔者认为，神经肌肉坏死警戒点任一症状出现，应即行手术切开，对可疑是否切开减压者，宁可切开，并无不良后果，不可失这于观察。对于骨折的处理，行钢板内固定可增加筋膜室体积，并存在内固定物外露的危险，增加了感染的机会，异物存留不利于闭合创口。外固定不利于伤口的换药、骨折往往在处理伤口时移位，选用单臂多功能外固定架固定骨折端，可克服上述缺点，它是介于内固定与外固定之间的治疗方法，它具有操作简单，便于功能练习，利于创口的处理，不增加骨筋膜室体积，骨折固定可靠等优点。本组对于超过8h切开减压的病人术后应用5%$NaHCO_3$持续滴注冲洗伤口，其一可在局部纠正或者中和酸性代谢产物，促使伤口愈合，防止术后急性肾功能衰竭；其二可将筋膜室内陈旧性残余积血冲洗干净，防止创口感染。本组无一例发生伤口感染及肾功能衰竭。

因此，当胫腓骨骨折合并有严重的软组织损伤时，要高度警惕OCS的发生。本组胫腓骨骨折病人共310例，并发此症26例，占8.4%。在处理骨折时以外固定架为妥，彻底减压，清除坏死组织，通畅引流，可取得满意疗效。

（收稿：1999-03-02）

肺癌急性心包填塞成功处置一例

李彩云*

一、临床资料：患者，男，71岁，因车祸致右阴囊血肿于1997年11月入院，常规摄胸片发现左肺上占位灶，CT证实，先后给予威克口服二疗程，顺铂、阿霉素全身化疗二疗程，同时辅助中药治疗。于1998年8月因突然出现胸闷气促咳嗽、左侧胸痛，右上腹刺痛伴恶心、少尿一天再次入院，体格检查：BP9/7kPa R26次/分，P110次/分，急性病容，端坐呼吸，颈静脉怒张，双肺呼吸音粗，肺下可闻及少量湿罗音，双下肺叩诊浊音。心律110次/分，心音低钝，心界普遍增大。腹膨隆，肝肋下4指，质硬，压痛，移动性浊音阳性。下肝轻度浮肿。辅助检查：心电图提示窦性心动过速，逆钟向转位，部分导联T波改变。胸片示心脏外形增大，左上肺病灶与半年前无明显改变。彩超示心包大量积液，双胸腔中等量积液。诊断为左上肺癌急性心包填塞，双侧胸腔积液。处理：B超定位下紧急心包穿刺，予全套单腔中心静脉导管留置，放出血性液体300ml，送病理找到癌细胞。至每日引流量＜20ml，经留置针内注入白介素-Ⅱ20万单位＋生理盐水10ml、顺铂10mg＋生理盐水20ml＋地塞米松10mg，1次/日，共3次，每次注射后夹管6h放开引流，同时双侧胸腔先后穿刺抽液后均注射白介素-Ⅰ100万单位、环鳞酰胺0.4g＋生理盐水40ml，10天后复查B超心包积液基本吸收，拔管。随访4月健在。

二、讨论：恶性肿瘤引发的心包积液占心包积液的30～60%，其中肺癌占首位。肺癌可通过淋巴结和血液播散以及直接蔓延转移至心包，有人认为肿瘤细胞自纵膈淋巴结逆行至心包是心脏转移的主要途径。一旦确认为急性心包填塞，予快速心包穿刺抽液并留置导管持续引流，能迅速缓解症状，比反复穿刺抽液安全、引流更彻底，并发症少；同时经引流管注射白介素-Ⅱ及化疗药物，使心包腔内药物浓度大大高于血浆浓度，有效增强抗癌作用，提高生活质量。此法实为治疗恶性急性心包填塞既有效又安全的方法，值得临床推广应用。

（收稿：1999-02-01）

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院肿瘤外科