DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.04.024
第25卷第4期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 4
332 2003年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2003

其滞留在泪道内,也能够起到隔离创面和润滑泪道的作用。

在本研究中,有9.4%的患眼在术中出现少量的鼻出血或泪小管溢血,经探针留置在泪道内压迫止血及在泪道冲洗液中加入微量肾上腺素进行冲洗,出血均可较快停止,与传统的鼻腔泪囊吻合术相比,出血量及出血机会均大大减少。有2.7%的患眼在治疗中有假道形成,一般仅为短暂的泪囊区软组织水肿,几天内可吸收,无造成血肿、感染等并发症。所有患者在随访期间均未发现角膜上皮损害、泪囊区急性炎症等严重并发症。说明丝裂霉素C、典必殊眼膏应用在激光泪道成形术中安全性高,无明显并发症。

联合使用丝裂霉素和典必殊眼膏的治愈率高于单独使用二者的治愈率,但是统计学上无显著性的差异,考虑可能与样本量小有关系,还有待于进一步的临床观察。

参考文献:

[1] Allen K, Berlin A J. Dacryocystorhinostomy failure: association with nasolacrimal silicone intubation[J]. Ophthalmic Surg, 1989, 20(3): 486-489.
[2] Rosen N, Sharir M, Moverman DC, *et al*. Dacryocystorhinostomy with silicone tubes: evaluation of 253 cases[J]. Ophthalmic Surg, 1989, 20(2): 115-119.
[3] 王锦芳,唐 新,张 宁. YAG激光并甲基纤维素治疗泪道阻塞的观察[J]. 湖北医科大学学报,1999,20(3):153-154.
[4] 连 利,蔡子群,黄新潮. 素高捷疗眼膏配合泪道激光术治疗泪道疾病22例[J]. 医药导报,1998,17(5):373.
[5] 孙叙清,戴 青,黄 薇,等. 泪小管激光成形术[J]. 中华眼科杂志,1993,29(5):303.
[6] Boush G A, Lemke B N, Dortzbach R K. Results of endonasal laser-assisted dacryocystorhinostomy[J]. Ophthalmology, 1994, 101(8): 955-999.
[7] Hazmi A, Zwaan J, Awad A, *et al*. Effectiveness and complications of mitomycin C use during pediatric glaucoma surgery[J]. Ophthalmology, 1998, 105(11): 1915-1920.
[8] Amano S, Motoyama Y, Oshika T, *et al*. Comparative study of intraoperative mitomycin C and beta irradiation in pterygium surgery[J]. Br J Ophthalmol, 2000, 84(9): 618-621.
[9] Shu L L, Shine C S, Jason H S, *et al*. Rusults of intraoperative mitomycin C application in dacryocystorhinostomy[J]. Br J Ophthalmol, 2000, 84(8): 903-906.
[10] Yeatts R P, Neves R B. Use of mitomycin C in repeat dacryocystorhinostomy[J]. Ophthalmic Surg Lasers, 1999, 15(1): 19-22.
[11] Camara J G, Bengzon A U, Henson R D. The safety and efficacy of mitomycin C in endonasal endoscopic laser-assisted dacryocystorhinostomy[J]. Ophthal Plast Reconstr Surg, 2000, 16(2): 114-118.
[12] 戴 青,孙叙清,李 晖. 慢性泪囊炎细菌培养及临床意义[J]. 中华眼科杂志,1999,35(1):60.
[13] 朱熠明,盛敏杰. 探通术加四环素可的松眼膏联合治疗泪道阻塞[J]. 临床眼科杂志,2001,9(1):62-63.

(编辑 谢义霞)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)04-0332-01

心脏贯通伤心脏停搏6次抢救成功1例

Success in resuscitation of asystole for 6 times due to heart penetration injury: a case report

孙 潋,文 亮,徐世伟,闫柏刚 (第三军医大学附属西南医院急救部,重庆 400038)

1 临床资料

患者,男,26岁,入院前30 min左胸部被尖刀刺伤、流血不止,极度呼吸困难,查体:血压测不到,心率140次/min,呼吸8次/min,深昏迷状态,双瞳孔直径0.5 cm,光反射迟钝。左胸5肋间胸骨旁4 cm处有一3 cm刀口,左肺呼吸音低,心音遥远,颈静脉怒张,左胸穿出大量血性液体。来院3 min即呼吸、心跳停止。初诊:心脏刀刺伤;急性心包填塞;左胸刀刺伤;失血性休克;呼吸心跳骤停。处理:①立即心肺复苏;②紧急行心包穿刺、左胸行闭式引流术;③立即气管插管,使用呼吸机;④建立3条深静脉通道输血抗休克;⑤立即行开胸探查、心脏破裂修补术。术中探查见左心室前壁有一长约3 cm裂口,左心室隔面可见一长2 cm裂口,边缘均整齐。术中诊断:心脏贯通伤。术中心跳停止5次,均予肾上腺素静推,胸内心脏按压,待心脏复跳后继续手术。术毕予呼吸机控制呼吸,大剂量多巴胺维持血压。于术后5 h开始先后出现创面渗血不止、呼吸机控制呼吸下氧合指数仅为120等凝血功能障碍、脑水肿、ARDS症状,予输新鲜血浆、冷沉淀、头部低温、呼吸机支持治疗,于第5天脱机,12 d恢复。

2 讨论

2.1 及时准确的诊断尤为重要

心脏贯通伤来势凶猛,死亡率极高,约51%的病人到医院时已无生命体征,特别是危险区(心前区、剑突下、上纵隔)的穿透伤,同时伴有血压不稳者,应首先考虑心脏损伤[1]。快速诊

作者简介:孙 潋(1965-),重庆市人,主管护师,主要从事急救护理、护理管理、创伤后心理障碍方面的研究,发表论文6篇。电话:(023)65343528

收稿日期:2002-07-09;修回日期:2002-09-09

(下转335页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

原发性肝癌)。2 例转开腹手术,1 例规则左半肝切除,8 例左外叶切除,9 例肝段切除,11 例不规则局部切除术。没有死亡,平均出血 300 ml,平均手术时间 3.5 h。表明选择适当病例,行腹腔镜肝切除是可行安全的。同时也显示规则左半肝切除目前做得较少。de Hemptinne 等也认为肝脏某些边缘部位如左肝、右前叶等的良性病变应首先可虑腹腔镜肝切除[3]。最新欧洲多中心资料显示:左肝、右前叶 37 例肝癌采用腹腔镜肝切除取得满意疗效,认为腹腔镜肝切除是安全可行的[4]。

3.2　腹腔镜下左半肝切除结合 ERCP、胆道镜治疗肝内胆管结石

肝内胆管结石在我国是常见病,其发病率占结石病的 10%左右,在某些地区高达 40%~50%。而肝内胆管结石以左肝内胆管结石为多。传统的治疗方法采用开腹左半肝切除术,创伤大、恢复慢。国外腹腔镜肝切除技术主要用于肝脏肿瘤,而我们将腹腔镜肝切除技术和胆道镜、ERCP 等技术结合起来,使腹腔镜治疗肝内外胆管结石成为可能。

肝内胆管结石有其特点,常常肝内外胆管均有结石,因此在处理上有所不同。第 1 例病人先行 ERCP,取出肝外结石后,再行腹腔镜肝切除。第 2 例则手术一次完成,即术中行腹腔镜肝切除后同时行腹腔镜胆道探查,均取得满意疗效。我们认为,要成功进行腹腔镜肝切除治疗肝胆管结石应注意以下几点:①适当选择病例:由于目前腹腔镜肝切除的主要适应症为左肝和右前叶病变,因此,因选择结石位于以上部位者,特别是左肝结石最适合。②第一肝门能清晰显露者:我们采用的腹腔镜肝切除不阻断第一肝门,能否成功解剖第一肝门,分别分离、钳夹左肝动脉和门静脉左干是手术成功的关键。因此最好病人无胆道或上腹部手术史。我们第一例病人有胆道手术史,虽然手术成功,但解剖第一肝门特别费时。③必要的切肝器械:需要超声止血刀、血管闭合器、双极电凝等肝断面止血设备。④有腹腔镜下处理肝外结石的能力:肝内胆管结石常常合并肝外胆管结石,如术前 ERCP 不能取出结石、或病人不愿行 ERCP,可考虑术中腹腔镜下胆道镜取石。

虽然手术时间比开腹手术长,但病人术中出血少、术后恢复快、痛苦小,明显缩短住院时间,有明显微创优势。手术时间长与刚开展手术还不十分熟练有关。

我们认为腹腔镜肝切除技术和胆道镜、ERCP 等技术有机的结合,使腹腔镜治疗肝内外胆管结石成为可能,为左侧肝内胆管结石的治疗提供又一新选择。

参考文献:

[1] Azagra J S, Goergen M, Gilbart E, *et al*. Laparoscopic anatomical (hepatic) left lateral segmentectomy: technical aspects[J]. Surg Endosc, 1996, 10(10): 758-761.

[2] Cherqui D, Husson E, Hammoud R, *et al*. Laparoscopic liver resections: a feasibility study in 30 patients[J]. Ann Surg, 2000, 232(6): 753-762.

[3] Hemptinne D, Hesse B, Pattyn U J, *et al*. Laparoscopic liver resection compared with conventional partial hepatectomy[J]. Br J Surg, 1998, 85(2S) Suppl 2: 37.

[4] Gigot J F, Glineur D, Santiago A, *et al*. Laparoscopic Liver Resection for Malignant Liver Tumors: Preliminary Results of a Multicenter European Study[J]. Ann Surg, 2002, 236(1): 90-97.

(编辑　冷怀明)

(上接 332 页)

断应首先查清伤史、症状。若有危险区开放伤史而生命征尚平稳者,也应高度警惕,予诊断性心包穿刺、彩超以尽快明确诊断。

2.2　及时有效的生命支持是后期抢救的重要保证

此类病人往往并发有失血性休克、血气胸、急性心包填塞,开胸前建立多条深静脉扩容通道支持有效循环为手术提供生命支持至关重要;紧急气管插管不仅能维持病人呼吸,也为手术全麻作好了准备。

2.3　紧急就地开胸手术止血是救治成功的关键

心脏刀刺伤来院时,根据生命体征一般有 4 种情况:①死亡:入院时无生命体征或入院前已无生命体征;②临床死亡:入院时已无生命体征,但到医院途中尚有生命体征;③濒死:半昏迷,脉细,血压不可测知,叹息呼吸;④重度休克:动脉收缩压低于 80 mmHg,意识尚清楚。第 1 类病人已救不活,第 2、3 类需立即剖胸止血,第 4 类病人可先扩容,如情况不改善,则立即剖胸止血[1]。本例病人属第 3 类情况,遵以上原则简化手续、延缓某些检查项目、立即行剖胸探查止血以及以病人为中心、整体救治的急救模式为抢救争取了时间,使救治成功。

关键词:心脏贯通伤;心脏停搏;抢救
中图法分类号:R654.205.97　　文献标识码:B

参考文献:

[1] 黎　鳌. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998.743-744.

(编辑　陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net