

深静脉导管在创伤性血胸病人中的应用(附 68 例报告)

林江明

(浙江省舟山市中医骨伤联合医院 舟山 316000)

关键词:创伤性血胸;深静脉导管;应用

中图分类号:R 655

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0061-01

创伤性血胸是闭合性胸部损伤常见的并发症, 发生率高。根据血胸的多少, 常采用胸腔穿刺抽血或闭式胸腔引流术治疗^[1]。作者于 2004 年 5 月~2006 年 5 月共收治闭合性胸部损伤引起的血胸 123 例, 对其中 68 例单纯性肋骨骨折合并中等量以下血胸者, 采用深静脉导管胸腔置管引流获得较满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 68 例中男性 52 例, 女性 16 例; 年龄 20~75 岁, 平均 45.5 岁。合并有 3 根以上肋骨骨折者 49 例, 2 根以下肋骨骨折者 19 例; 损伤原因: 车祸伤 52 例, 工作时意外伤 16 例; 就诊时间 1~72h, 平均 20h。所有病例均经 X 胸片及 B 超检查证实, 提示有中等量胸腔积液者 52 例, 肋膈角消失(少量胸腔积液)者 16 例。

1.2 材料与方法 采用新加坡 Blosoensors Lnternational Pto Ltd. 的双腔中心静脉导管。病人坐位或高坡位, B 超定位下确定穿刺点, 一般于伤侧腋中线第八肋间置入深静脉导管, 固定。一腔封闭, 另一腔接闭式引流袋让积血或积液自然流出, 直到每日引流量 <50~100mL 后拔除, 每日更换引流袋。如中途引流量突然减少, 应于另一管用生理盐水冲洗。

1.3 结果 68 例经置管引流 3~10d, 平均 5d, 均全部治愈。无 1 例发生胸腔感染及合并气胸, 并经 X 胸片及 B 超证实胸水消失。

2 讨论

闭合性胸部损伤常合并肋骨骨折及血气胸, 又以血胸为多见, 血胸根据出血量的多少分为少量血胸 <500mL, 中量血胸 500~1 000mL, 大量血胸 >1 000mL, 其治疗常规以胸腔穿

刺及闭式引流为主。近年来发现对非进行性血胸病人仍需多次作胸穿才能好转, 因为肋骨骨折或轻度肺表面挫伤可有少量持续渗血, 即使入院时血胸量较少, 在住院期间也可能增加。而放置胸腔闭式引流管创伤较大, 放置时间过长又会增加胸腔内感染的可能性, 在护理上也不方便。利用深静脉导管作胸腔置管引流有其明显优点: (1) 创伤轻微, 相当于一次胸穿。(2) 避免了多次胸穿造成的病人心理负担及多次穿刺带来的可能发生的并发症。(3) 引流较充分, 一般不会发生导管阻塞及气胸或继发出血、感染等并发症, 如有阻塞可作冲洗。(4) 护理方便: 更换引流袋较换水封瓶方便; 放液速度可以控制, 避免了大量快速放液时出现的不良反应; 在闭合状态下引流无造成人工气胸或引流液倒流之虑; 病员可以下床活动, 有利于肺功能恢复。(5) 必要时胸腔内可行药物治疗。作者通过 68 例治疗后认为深静脉导管在中等量以下的血胸引流中是安全有效的, 值得推广应用。

对于大量血胸因为可能有血凝块, 故不主张应用深静脉导管来作引流, 还是常规作胸腔闭式引流为好。在作充分引流的同时其它处理应常规进行, 如胸带的固定, 止血药的应用, 抗生素的应用, 适当应用止痛药等。如有以下情况: (1) 引流管有持续流血每小时超过 200mL, 持续 3h 以上; (2) 血红蛋白红细胞计数进行性下降; (3) 持续脉搏加快、血压下降, 补液后血压不能稳定; 应怀疑有活动性出血, 并及时作胸腔镜检查或剖胸探查。

参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 338
(收稿日期: 2006-12-18)

维持性血液透析伴椎-基底动脉供血不足 17 例治疗体会

冉玉力 邓丽娟 谭华

(武警四川总队乐山医院 乐山 614000)

关键词:血液透析;椎-基底动脉供血不足;红花注射液

中图分类号:R 459.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0061-02

我院自 1998 年 1 月~2006 年 5 月共收治尿毒症患者 442 例, 其中 17 例在透析过程中或透析后出现椎-基底动脉供血不足。现将情况报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所选病例均为我院自 1998 年 1 月~2006 年 5 月收治的尿毒症, 所有患者诊断均符合慢性肾功能衰竭尿毒症的诊断标准^[1]。其中男 8 例, 女 9 例; 年龄 36~75 岁, 平均年龄 55.2 岁; 原发病慢性肾炎 8 例, 糖尿病肾病 5 例, 高血压良性小动脉肾硬化 3 例, 多囊肾 1 例。以眩晕、平衡障碍、短

暂性遗忘及视力障碍等为主要表现, 经 TCD 检查提示椎-基底动脉供血不足, 行头颅 CT、MRI、颈椎片检查, 排除脑梗死、脑出血、颅内占位性疾病、颈椎病等, 均符合椎-基底动脉供血不足诊断标准^[2]。

1.2 透析方式 17 例患者都采用碳酸氢盐血液透析方式, 使用德国费森尤斯 4008 血液透析机、费森尤斯 F6 透析器, 每周透析 2~3 次, 每次 4h, 体内肝素化, 前臂动静脉内瘘, 血流量 200~250 mL/min。

1.3 治疗方法 应用红花注射液 20mL 加入 5% 氯化钠液