

# 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<sup>[1]</sup>。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 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诊断标准<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。

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

# 腹腔镜胆囊切除术中出血的处理

张志强

(江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词:腹腔镜;胆囊切除术;术中出血;处理

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0062-02

腹腔镜胆囊切除术(LC)目前已经成为胆囊切除术的金标准,适应证不断扩大,术中出血的处理是影响手术成功的重要因素。本文结合我们的临床实践,讨论腹腔镜胆囊切除的术中出血处理技术。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2002年5月~2006年10月,我院共实施LC手术2894例,男856例,女2038例;年龄13~86岁,平均年龄46岁;胆囊结石2534例,胆囊息肉360例,合并胆囊癌2例;急性期手术(胆绞痛发作3d内手术)425例,其余均在症状缓解后手术;合并肝硬化128例、高血压病275例、糖尿病186例、冠心病36例、中重度阻塞性肺疾病28例。

1.2 手术方式 本组病例全部行LC术,采用四孔法,术中运用电钩或分离钳分离胆囊三角。一般先了解胆囊动脉的走向,尽可能用地用钛钛结扎胆囊动脉。分离中遇胆囊三角出血时,先用小纱块压迫出血点,看清视野出血点的位置,用分离钳电凝止血或钛钛结扎止血。结扎胆囊管和胆囊动脉后,电钩分离胆囊床,完成手术。

1.3 结果 2891例完成LC手术,中转开腹3例;手术时间200mL中,在患者血液透析时,经管路管动脉输液端缓慢静滴,维持至血透结束,同时对患者进行心理辅导,缓解对血液透析恐惧心理,减轻紧张、焦虑情绪。治疗期间记录临床症状消失时间,疗程结束后做1次TCD,探测左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)的平均血流速度。

1.4 疗效评定 患者在治疗2周后,根据临床症状改善情况及辅助检查结果评定疗效:(1)治愈:症状消失,TCD检查提示椎-基底动脉血流基本正常;(2)显效:症状基本消失,TCD检查提示椎-基底动脉血流有明显改善;(3)无效:症状无减轻,TCD检查无改变。

## 2 结果

2.1 临床疗效 所有患者经一个疗程治疗后,治愈12例,有效4例,无效1例,有效率94.1%。所有患者椎-基底动脉平均血流速度都得到明显改善,见表1。

2.2 不良反应 17例患者用红花注射液治疗过程中和治疗后无1例发生不良反应,疗程结束后血常规、肝功能及心电图未见明显变化。

表1 椎-基底动脉平均血流速度改善情况 ( $\bar{X} \pm S$ ) cm/min

动脉	治疗前	治疗后	差值
LVA	26±4	37±5	11.0±2.1
RVA	22±3	31±2	9.2±1.5
BA	22±3	33±4	10.6±1.4

## 3 讨论

随着血液透析技术的发展,尿毒症患者的治疗和预后有了很大的改善,维持性血液透析并发椎-基底动脉供血不足,可严重影响患者的生存质量及继续血液透析的信心,该类并

15~130min,平均40min;术中出血0~400mL,平均12mL。并发症情况:胆囊床毛细胆管漏2例,术后戳空出血1例,均再次行腹腔镜下探查处理后痊愈。

## 2 讨论

和任何其它手术的开展一样,术中出血的处理也是保证腹腔镜胆囊切除术手术成功的基本技术。准确的术前评估、恰当的手术时机、术中精细操作、辨清术野的解剖等因素是保证术中不发生难于控制的大出血的基本条件<sup>[1]</sup>。针对术中出血的具体情况,我们分别采用不同的止血技术,在临床应用取得了良好的效果。

2.1 术野渗血 最为常见。在解剖胆囊三角时,由于尚未分离结扎胆囊动脉主干,故有时会遇到术野细小血管渗血,此时如影响术野辨认和操作,可暂时以小纱块压迫出血野,暂停出血野,而先进行另一区域的解剖,如可从胆囊底部剥离胆囊床,行逆行切除,稍后再回到原术野,往往渗血即已停止,如此多个不同区域轮流进行,一般不影响手术的实施。对远离胆囊三角区域的渗血,则可直接用电凝止血,保持术野清晰。胆囊切除后胆囊三角区域的渗血,可喷以纤维蛋白胶。发病临床上少有报道,常见症状多在透析过程中或透析后出现眩晕、平衡障碍、短暂时遗忘及视力障碍等。引起本病的病因主要有:(1)血液动力学因素:上肢内瘘导致动静脉短路,在透析过程中,上肢血流明显增加,通过虹吸作用,引起同侧椎动脉血液逆流供应同侧上肢,严重时伴有基底动脉血液逆流,由于颅内自动调节机制的存在,对侧椎动脉和基底动脉血管反射性收缩使血流速度增加以代偿血流量的变化,如代偿不完全,则出现供血不足表现;(2)血管本身的疾病:慢性肾功能衰竭患者多伴有高血压、糖尿病、高血脂症、贫血以及容量负荷过度所致血流动力学障碍,这些因素都是动脉粥样硬化诱因,导致椎-基底动脉硬化,出现供血不足。

红花注射液为红花提取物,内含红花黄色素、红花醌甙、红花素等多种有效成分,药理研究表明,本品能抑制血小板聚集,提高纤维蛋白的溶解活性,显著降低全血黏度、血浆黏度和红细胞压积,加快血流速度,增加红细胞携氧能力,改善脑组织缺氧,恢复脑细胞功能。我们应用红花注射液治疗维持性血液透析过程中出现椎-基底动脉供血不足,所选病例临床症状、TCD等改善明显,总有效率达94.1%,且未发现明显副作用,临床应用安全有效,值得推广。

### 参考文献

[1] 王海燕.肾脏病学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1996.1385~1391  
 [2] 游国雄,武志跃,杜贵今.椎-基底动脉供血不足眩晕的诊断问题[J].中风与神经疾病杂志,1985,2(1):6~7

(收稿日期:2007-01-30)