

病变^[2]。肾病综合征型妊娠期高血压疾病的免疫反应器官可能以肾小球毛细血管为主,故肾损害表现比单纯妊娠期高血压明显,大量蛋白经肾脏从尿中丢失,导致大量蛋白尿,再加上肝血管痉挛引起肝血管缺血坏死,白蛋白生成能力低下,胃肠血管痉挛使蛋白吸收障碍,从而导致严重的低蛋白血症;又因严重的低蛋白血症致胶体渗透压下降,导致组织水肿明显甚至出现胸水和腹腔积液。而血浆白蛋白降低及胶体渗透压下降则又刺激肝脏合成脂质及脂蛋白增加,脂质分解代谢缓慢及脂肪库动员增加导致了高脂血症^[3]。

3.2 本文资料显示,两组患者的血压升高比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。但患者的24 h尿蛋白量、视网膜动脉痉挛、低蛋白血症、高胆固醇血症等异常表现较对照组更为突出。而且多伴有腹水,甚至胸腔积液。其发生机理主要是由于大量尿蛋白导致低蛋白血症引起。腹腔积液往往是疾病发展的严重阶段,病情在妊娠终止前一般是不可逆的。视网膜小动脉的痉挛程度反映全身小血管痉挛的程度,是妊娠期高血压疾病严重程度的表现^[4]。因此,通过观察眼底和胸腔、腹腔积液情况可了解肾综型患者病情的严重程度。由于肾病综合征型妊娠期高血压患者发病早、病情较严重,患者往往需要提前终止妊娠。本文资料表明终止妊娠的时机两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。但两组孕妇的产后出血、子痫发作、心力衰竭等并发症发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。肾病综合征型妊娠期高血压疾病对围生儿的影响则由于终止妊娠的时机及病情的严重性有差异,所以胎儿预后也有较大差异。本文肾综组的新生儿窒息发生率明显高于对照组,亦提示肾综型对围生儿的影响较大。可能的原因为妊娠期高血压患者全身小动脉痉挛,使微循环灌注不良,而肾综组患者在此基础上还合并有高脂血症和低蛋白

血症,进一步减少胎盘血流,导致胎儿胎盘功能不良;同时,严重的低蛋白血症使血浆渗透压降低进一步影响子宫胎盘血流灌注,最终导致胎儿生长受限,营养不良,而使新生儿低体重,并发症增多^[5]。

3.3 肾病综合征型妊娠期高血压的治疗以综合治疗为主。首先要积极治疗妊娠期高血压疾病,仍以解痉、降压、镇静为主,在此基础上采取以下措施:(1)进食高蛋白和低钠饮食。(2)输注人血浆白蛋白,以改善低蛋白血症,降低血脂,提高血浆胶体渗透压,配合利尿剂使用来减轻组织水肿,减少腹水产生,防止心衰。本组11例肾综组患者全部及部分对照组患者使用了白蛋白及速尿(用速尿后注意低钾的发生),在产前对控制病情的发展,控制腹水的增长有较好效果。(3)肾上腺皮质激素可促胎肺成熟,也可通过抑制淋巴系统,从而抑制免疫反应过程,还可稳定细胞膜,降低肾小球的通透性,减轻尿蛋白。常用地塞米松10 mg 静推,1次/d,共3 d。

参考文献

- 1 李小毛,刘穗玲.特殊类型妊娠期高血压疾病的诊断与治疗[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(10):595-596.
 - 2 胡继芬,吴桂珠,郑秀.妊娠期肾病综合征的临床分析[J].中国误诊学杂志,2003,5(3):347-349.
 - 3 乐杰.主编.妇产科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2005:97-101.
 - 4 姜腊云,范革莉.妊娠期肾病综合征12例分析[J].医学临床研究,2003,20(3):200-201.
 - 5 易旺云,林杏娟.肾病综合征型妊娠高血压疾病43例临床分析[J].中国优生与遗传杂志,2007,15(6):76-77.
- [收稿日期 2010-03-12][本文编辑 谭毅 韦颖]

经验交流

损伤性肝破裂75例诊治体会

杨系伦

作者单位:553529 贵州,盘县盘江煤电(集团)公司土城矿医院外科

作者简介:杨系伦(1972-),男,大学专科,主治医师,研究方向:创伤与普外科疾病诊治。E-mail:xiy6097@sina.com

[摘要] 目的 探讨损伤性肝破裂的手术治疗方法。方法 回顾性分析1994-01~2008-12收治并采用手术治疗的外伤性肝破裂75例的临床资料。结果 采用单纯缝合40例,绷带填塞或部分缝合加绷带填塞33例,清创性肝切除2例。死亡4例,病死率5.3%,存活病例无严重并发症发生。结论 对于严重肝破裂,绷带填塞可作为损伤控制性手术的一项特殊手术方法,适合在基层医院应用。

[关键词] 肝破裂,损伤; 绷带填塞; 手术; 损伤控制性手术

[中图分类号] R 641 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)01-0077-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.01.32

Diagnosis and treatment of traumatic liver rupture: experience of 75 cases YANG Xi-lun. Tucheng Mine Hospital, Panjiang Coal-electricity(Group) Company, Guizhou 553529, China

[Abstract] **Objective** To investigate the surgical treatment method for traumatic liver rupture. **Methods** The clinical data of 75 patients with traumatic liver rupture treated by surgical treatment in our hospital from January 1994 to December 2008 were retrospectively analyzed. **Results** Of 75 patients, 40 patients were treated by simple suture; 33 patients were treated by bandage packing or partial suture plus bandage packing; 2 patients were treated by debridement and hepatectomy. Four patients died, the mortality rate was 5.3%. No severe complication was found in the survived patients. **Conclusion** For severe liver rupture, bandage packing can be used as a special surgical treatment method in damage control surgery, and is suitable for the application in the primary hospital.

[Key words] Liver rupture, trauma; Bandage packing; Surgery; Damage control surgery

损伤性肝破裂在腹部创伤中比较常见, 诊断上相对容易, 但其治疗有其特殊性。1994-01 ~ 2008-12, 我院共收治外伤性肝破裂 75 例, 全部采用了手术治疗, 并取得了满意效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 75 例, 男 67 例, 女 8 例; 年龄 3 ~ 71 岁, 平均 33 岁。受伤至就诊时间为 40 min ~ 11 h, 平均 3.5 h。闭合性损伤 69 例, 开放性损伤 6 例; 工矿事故伤 31 例, 交通事故伤 21 例, 坠跌伤 10 例, 钝器伤 7 例, 刀刺伤 5 例, 爆炸伤 1 例。右肝伤 60 例, 左肝伤 12 例(其中 1 例左肝伤为肝左外叶断裂伤), 左右肝同时伤 3 例。腹腔积血 200 ~ 4 000 ml。合并伤情况: 合并颅脑外伤 2 例, 肋骨骨折、血气胸 13 例, 胃肠破裂 7 例, 四肢骨折 9 例, 胸腰椎骨折 1 例。按美国创伤外科学会(AAST)分级分为 I 级 10 例, II 级 24 例, III 级 30 例, IV 级 11 例。1 例为外院开腹找不到出血部位而转来。

1.2 临床表现 本组病例均有右下胸或右上腹部外伤史, 有右上腹痛或腹膜刺激征, 均有不同程度的休克表现(面色苍白、表情淡漠、脉搏快、血压低或测不到等)。

1.3 诊断 进行腹腔穿刺 75 例, 阳性 70 例, 阳性率 93.3%。B 超检查 18 例, 阳性 14 例, 阳性率 77.8%。

1.4 治疗方法 本组全部经过手术治疗, 根据术中情况决定术式。单纯缝合 40 例, 绷带填塞或部分缝合加绷带填塞 33 例, 清创性肝切除 2 例。对合并伤根据病情同时或分期处理。

2 结果

全组死亡 4 例, 病死率为 5.3%。术中死亡 3 例, 其中 2 例死于严重失血性休克不能纠正, 1 例死于颅脑损伤脑疝; 术后死亡 1 例, 死于多器官功能衰竭(MOF)。发生膈下感染和血肿感染 3 例, 均经二次手术治愈; 胆瘘 5 例, 经持续引流治愈。

3 讨论

肝破裂主要由创伤所致, 是腹部创伤中的常见病, 在各种腹部损伤中约占 15% ~ 20%, 右肝破裂较左肝为多^[1]。

3.1 诊断 尽快诊断是抢救肝破裂成功的关键, 闭合性损伤有时诊断不易, 又常合并其他损伤, 病死率高达 30%, 及时的诊断和采取合理的治疗方法十分重要。根据创伤史、腹部症状、体征以及有关辅助检查一般能够明确诊断。诊断上应

注意, 肝破裂后血液有时可通过胆管进入十二指肠而出现黑便或呕血, 肝被膜下破裂也有转为真性破裂的可能, 而中央型肝破裂则更易继发肝脓肿。腹腔穿刺和超声检查在诊断中处于重要的地位, 是决定手术的主要依据。腹腔穿刺对腹腔内出血诊断简单、易行、安全、有效, 对病人干扰少, 穿刺诊断的阳性率可达 95%^[2], 本组为 93.3%。腹腔穿刺只要抽出 0.1 ml 不凝血便可明确诊断^[3]。B 超对肝包膜下血肿和中央型裂伤及腹腔积血有较高的诊断价值, 尤其是床旁 B 超是动态观察肝脏损伤程度变化及肝周积液(血)有无增加的一种有效监测手段^[4]。检验血白细胞计数增高, 红细胞计数、压积和血红蛋白呈进行性降低。X 线检查可见肝脏阴影增大, 右膈肌抬高、运动减弱等。而 CT、MR、选择性肝动脉造影、放射性核素扫描等现代的影像检查均有助于诊断, 但不适合病情危重者。对可疑肝损伤患者, 不能满足于辅助检查阴性便轻易排除肝破裂, 应密切观察病情变化, 必要时可以手术剖腹探查以明确诊断并进行处理。

3.2 治疗 肝损伤的治疗在近 20 年内有了较快的进展, 尤其表现在肝周压迫和损伤控制策略的应用及非手术治疗等方面。尽快手术是治疗成功的决定因素, 手术既是诊断更是治疗的安全手段, 本组病例全部经过手术治疗, 并获得了较好的治疗效果。手术治疗的原则是彻底清创、确切止血、清除胆汁渗漏和建立通畅引流。入腹发现还有凶猛出血时, 可用纱布压迫创面暂时控制出血, 同时用手指或橡皮引流管阻断肝十二指肠韧带控制出血, 以便探查和处理。在探查时, 避免过度牵拉肝脏, 以免加重裂伤。根据需要剪开肝圆韧带和镰状韧带, 以方便探查肝膈面。如在入肝血流阻断后裂口仍有大出血, 说明可能有肝静脉或腔静脉损伤, 应迅速剪开侧肝冠状韧带和三角韧带, 以显露第二或第三肝门。(1) 对肝的一般裂伤, 单纯进行缝合即可, 较重的肝外伤, 进行彻底的清创和止血是手术的关键步骤之一, 清除失活肝组织和异物, 结扎或缝合断面血管、胆管, 对较大的血管支和肝管损伤, 用 5-0 无损伤针线缝合修补。然后用带蒂大网膜条或明胶海绵填入裂口后缝合, 以增强止血效果和加强缝合线的稳固性。注意裂口内勿留死腔, 以免形成血肿后感染和继发出血。对不易控制的动脉性出血, 可考虑行选择性肝动脉结扎。对有大块肝组织破损或肝组织挫伤严重的病人应施行清创性不规则性肝切除术, 避免采用创伤大的规则性肝叶切除术, 并尽量多保留健康的肝组织。(2) 对严重肝损伤患者,

手术要尽量做到手术时间最短、肝脏再损伤最小化,止血即止。创伤并发休克后病人出现低体温、凝血功能障碍和酸中毒三联征,机体处于生理极限状态,此时进行复杂的大手术,必将加重对机体的再次打击。随着对创伤研究的进展,损伤控制性手术(damagecontrol surgery, DCS)逐渐在严重创伤救治中被普遍运用^[5],控制出血是腹部DCS的首要任务。对于肝裂口较深或肝组织已有大块缺损而止血不满意,又无条件进行较大手术的病人,以及肝创面大量渗血难止的病人,为了尽快控制肝创口出血,此时应用纱布填塞有较高的价值。纱布填塞也属于DCS原则,我院近年来用无菌绷带填塞治疗严重肝破裂取得了较好的效果,认为填塞疗法尤适于星状肝破裂伤,具有方法简单、安全有效、不需再剖腹取出的优点,适合基层医院开展^[6]。填塞的绷带在3~5 d后每天拔出一段,7~10 d左右拔完。先用大网膜、明胶海绵、氧化纤维、止血粉填塞入裂口后再填入绷带效果更好,尤其是大网膜有很强的吸收和免疫功能,同时具有丰富的血管网和再血管化功能,具有生物膜特性,是理想的肝断面覆盖物。在填塞周围放置2~3根引流管,引流渗血和胆汁,防止局部积液引起感染及观察拔带后出血情况。

3.3 术后处理 继续抗休克,补充血容量、纠正水电解质和

酸碱平衡紊乱,营养支持、护肝护肾治疗,防止肝肾功能衰竭;应用广谱抗生素防治感染;应用H₂受体拮抗剂预防应激性溃疡。及早拔除填塞绷带,以免增加感染机会和粘连而拔除困难。手术后出现的并发症,如膈下血肿、感染以及胆汁积聚和胆瘘等可以通过微创手段或二次手术予以处理。

参考文献

- 1 陈孝平,主编.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:534-544.
- 2 程爱国,王翔洲,李世波,等主编.煤矿创伤学[M].北京:中国科学技术出版社,2002:462-481.
- 3 毛静熙,陈训如,余少明,等.腹部外伤的腹腔镜诊断与治疗[J].中国内镜杂志,1997,3(3):34.
- 4 彭晓云,高劲谋,李晓渝,等.126例外伤性肝破裂的诊治[J].中华创伤杂志,2003,19(12):758-759.
- 5 孙 备,李德辉,姜洪池.实施损伤控制性手术的理论基础[J].中国实用外科杂志,2007,(1):33-35.
- 6 杨系伦,黄粉香,胡寒竹.绷带填塞治疗肝破裂八例报告[J].腹部外科,2001,14(1):59.

[收稿日期 2010-05-12][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

经验交流

逆向案例教学法在口腔专业医学免疫学教学中的应用

王晓娟, 李 波, 刘爱平, 甘春葆, 万学勤

作者单位: 528000 广东,佛山科学技术学院医学院

作者简介: 王晓娟(1971-),女,医学博士,教授,硕士生导师,研究方向:医学免疫教学与科研工作。E-mail:doctorwxj@yahoo.com.cn

[摘要] 在口腔专业《医学免疫学》课程教学中采用逆向案例教学法可以激发学生的学习兴趣,培养学生思考问题、分析问题和解决问题的能力,提高教学效果。

[关键词] 逆向案例教学法; 医学免疫学; 口腔专业

[中图分类号] G 427 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)01-0079-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.01.33

Application of reversed case-based teaching method for medical immunology teaching in stomatological specialty WANG Xiao-juan, LI Bo, LIU Ai-ping, et al. Medical College, Foshan College Science and Technology, Guangdong 528000, China

[Abstract] Using reversed case-based teaching method in medical immunology teaching can activate the stomatological students' study interesting, train their ability to think, analyze and solve problems and improve the teaching effect.

[Key words] Reversed case-based teaching method; Medical immunology; Stomatological specialty

21世纪是生命科学的世纪,医学免疫学已成为当今研究最活跃、对其他学科影响极大、对人类健康十分重要的生命

学科之一。在口腔医学中,免疫学的理论和技术在揭示口腔疾病的发生、诊断、预防和治疗中发挥着越来越重要的作用,