

性膈疝病例,平均年龄 44 岁。受伤原因:交通伤 12 例,刀刺伤 3 例,高坠伤 1 例,受伤至膈疝医治时间为伤后数小时至 12 月不等,本组病例中 4 例出现早期休克症状,4 例伴有意识障碍,1 例合并股骨骨折,3 例合并有腹腔脏器的损伤,8 例合并肺挫伤出现呼吸困难。

1.2 诊断及治疗 患者明确的外伤史,受伤后轻者可无症状,危重者可表现剧烈的胸、上腹部疼痛表现,较剧烈,伴有明显的呼吸困难、发绀和创伤性休克,个别患者有恶心、呕吐、停止排便等消化道症状,体征:患侧胸部呼吸动度减弱,呼吸音降低或消失,气管患侧移位或不明显,特征性症状以胸部闻及增强的肠鸣音及合并伤的症状及体征。患者入院后经体格检查后,对可疑患者行辅助检查,包括胸部 CR 片、胸部 CT 检查,对纵隔明显移位、膈肌影模糊、膈肌抬高以及透视下的膈肌反常运动;或膈肌面欠光滑、毛糙,正常膈肌活动消失者,行倒立位钡餐,确诊病例行开胸探查手术。手术可根据患者受伤情况及病程长短可采取胸、腹切口,甚至胸腹联合切口。对损伤的脏器进行修补、坏死脏器切除,膈肌的修补。术后予以胃肠减压或胸腔闭式引流,抗感染,支持及对症治疗。

2 结 果

本组病例经手术治疗后均痊愈出院,但治疗中出现术后肺部感染 3 例、脓胸 2 例、肺不张 2 例,经积极的抗感染、胸腔引流术、鼓励患者咳嗽、纤支镜吸痰等处理后,患者恢复效果较好,出院后随访 1 年,患者均痊愈。

3 讨 论

膈肌是胸腔与腹腔之间的肌腱分界,又是参与呼吸的主要肌肉,故也是形成胸腔低压系统与腹腔高压系统间的界限。造成膈肌损伤的原因较多,战时以刀刺伤及枪弹伤较为常见,和平时期以交通伤最常见,另外还有高处坠落伤;膈疝多发生于左半膈肌中心腱部位;胃、横结肠、脾、和小肠均可疝入胸腔,占据胸腔,压迫肺组织,胸腔负压消失,腹腔脏器可发生嵌顿、扭转、坏死、穿孔^[1]。创伤性膈疝是一种病死率较高的严重外科急症,常合并多处损伤,容易漏诊及误诊^[2];本组病例中一例患者因车祸伤,因股骨骨折入住骨科,膈疝胸片不明显,骨折痊愈后出院,出院 12 月后突然出现剧烈腹痛、开始能忍受,腹痛症状逐渐加重,不能忍受,伴有明显呼吸困难及血压下降而入住普外科,经本科会诊怀疑膈疝,经胸片及计算机断层扫描(CT)检查,明确膈疝诊断^[3],行急诊手术,术中探查见横结肠及脾、部分空肠疝入胸腔内,其中横结肠部分坏死肠管破裂,胸腔内积聚大量粪便;经胸、腹联合手术,患者痊愈出院;本组病例中有 2 例因左侧下胸部刀刺伤,合并腹腔脏器的损伤,收治普外科,术中处理普外科损伤后,未仔细探查膈肌受伤情况,术后再

出现呼吸困难症状,伤侧胸腔积液及腹腔肠管疝入胸腔内,术后经本科会诊,明确诊断膈疝,再次进行开胸手术,术中发现膈肌损伤;另 1 例高处坠落伤患者院前检查发现右侧股骨骨折收入骨科,住院 5 d 后复查胸片示右侧膈肌异常抬高,请本科会诊,行胸部 CT 示右侧膈肌欠连续,怀疑右侧创伤性膈疝转入本科后手术发现右侧膈肌破裂约 12 cm,肝膈面部分疝入胸腔,肝组织部分发黑。临床常因合并伤伤情较重而掩盖了膈疝的症状及体征而漏诊,尤其是闭合性膈疝;另外膈肌损伤机制复杂,伤情判断困难容易误诊与漏诊,影响患者治愈率,甚至给患者导致严重后果^[4],因此强调询问完整病史及全面体格检查的重要性,同时及时完成相应的辅助检查,术中探查时有“全局”观点,避免出现一处损伤而忽略其余损伤存在的错误;及时、准确的诊断与处理是抢救成功的关键。创伤性膈疝一经诊断,应尽早手术,及时还纳腹腔脏器及修补受损膈肌^[5];对于合并多发伤,优先处理对生命威胁最大的损伤,遵循先重后轻和简单有效的处理原则,积极抗休克、妥善处理合并伤。手术径路有经胸、经腹和胸腹联合切口,根据具体情况选择。尽量避免胸腹联合切口,此入路损伤大。对膈肌可直接缝合,不能缝合损伤较大的膈肌可用自身的心包片,或涤纶补片进行修补。避免张力过高的直接缝合,还可采取微创外科技术:电视胸腔镜或腹腔镜行膈肌修补术是具有前景的新方法^[6]。创伤性膈疝预后不仅与膈肌损伤的程度有关,而且还与患者年龄、合并伤、术后并发症及肺功能的损伤程度密切相关。

参考文献

- [1] 黄孝迈,蒋耀光,孙玉鹗.现代胸外科学[M].2版.北京:人民军医出版社,2006:131-133.
- [2] 彭龙平,陈爱武,李循律.膈肌膨出引起反复肺部感染心力衰竭一例[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5(24):7469-7470.
- [3] 闫丽芳,张红丽,王晓霞,等.创伤性膈疝的超声诊断价值[J].武警医学院学报,2011,20(1):47-48.
- [4] 孙延水,杨淑艳.创伤性膈疝伴脾破裂致大量血胸 1 例[J].放射学实践,2011,26(1):111.
- [5] Hacıbrahimoglu G, Solak O, Olemmen A, et al. Management of traumatic diaphragmatic rupture[J]. Surg Today, 2004,34(2):111-114.
- [6] 魏维强,柏本健,解洪涛.电视胸腔镜在创伤性膈疝治疗中的应用[J].临床误诊误治,2008,21(6):69.

(收稿日期:2011-12-19)

体外小吞噬试验方法的改进

王梅梅,熊亚南,张淑杰,章广玲(河北联合大学基础医学院病原生物学教研室,河北唐山 063000)

【关键词】 体外法; 小吞噬试验; 方法改进

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)13-1666-01

本试验方法用小鼠断尾血代替了人血,大大降低了本科生操作的危险性,而且断尾的小鼠不至于死亡,还可应用于其他试验,大大降低了试验成本,节省了经费开支。几年来作者将以上方法应用于医学微生物学与免疫学的试验教学中,取得了满意的教学效果,且方法简单易行,学生乐意参与和动手操作。

因此,作者认为此法可在医学院校中推荐应用,现报道如下。

1 材料与方 法

1.1 材料 菌种为白色葡萄球菌,试剂为肝素溶液(浓度 100 U/mL)。

1.2 方法 取洁净凹玻片,滴 2 滴肝素;无(下转第 1680 页)

预防肾功能衰竭及脑水肿发生,防止抽搐。

1.2.2.3 症状观察和护理基础 经常巡视病房(手轻、脚轻、说话轻、动作轻),根据医嘱监测体温、脉搏、呼吸、血压、胎心音变化,同时注意观察孕妇有无腹痛、阴道流血、流水,尤其是观察患者呼吸、血压、尿量的变化,倾听患者主诉,有无头痛,头昏、眼花、呕吐、心慌、胸闷等先兆子痫症状,如出现上述症状立即报告医生,同时做好急救药品和器械准备,如有抽搐保持安静,尽量避免刺激,加床栏以防坠床,如出现昏迷,应禁食,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,同时做好皮肤护理,防止褥疮发生。

1.2.2.4 用药期间护理 包干护士应掌握降压药、解痉药、利尿药等药物的性能,用法,剂量及不良反应,并给孕妇讲解,做到产前、产后用药准时、准量,看服到口。

1.2.2.5 饮食指导 缺钙是发生妊高征的一个重要原因,因此产前产后都要给孕产妇饮食指导,三高一低(高蛋白、高钙、高钾、低钠饮食),钠摄入量控制在 5~8 g/d,蛋白质控制在 100 g/d 内,多食鱼、肉、牛奶、新鲜蔬菜、苹果、补充铁钙,少食腌制品。

1.2.2.6 产时护理 阴道分娩患者,由于分娩过程中紧张、恐惧及宫缩腹压增加等均可引起血压升高,可能出现抽搐、昏迷,因此要密切观察产程进展情况,遵医嘱给予降压等治疗措施,剖宫产对重度妊高征是快速有效的治疗手段,能及时解除病因,手术过程应严密观察产妇产血压,血氧饱和度、神志等。

1.2.2.7 产后护理 分娩后多数产妇产病情缓解,逐渐恢复正常,但少数产妇产 24~72 h 仍有发生子痫可能,因此产后血压仍未下降者,婴儿出生后暂离开母亲,禁止家属探视,各种治疗和护理集中进行,减少一切不必要刺激,严密观察血压、尿量、神志、阴道出血等变化,防止子痫和 DIC 发生,并且认真倾听产妇产的主诉,如头昏、眼花等不适。

1.2.2.8 子痫护理基础 应快速投入抢救,置床栏防坠床,取

出活动假牙,头偏向一侧,置压舌板、开口剂入口齿间,防止舌咬伤,所有治疗和护理集中进行,动作轻柔,留量尿管等。

2 结 果

常规组行常规治疗和护理,对照组行常规治疗和包干制护理,两组患者的前发症、剖宫产率、母婴安全,对照组明显优于常规组(表 1)。

表 1 常规护理和包干制护理对比分析[n(%)]

组别	n	并发症	剖宫产	死亡
常规组	35	5(14.28)*	25(71.43)*	1(2.86)*
对照组	30	1(3.33)	22(73.33)	0(0.00)

注:与对照组比较,* P<0.05。

3 讨 论

常规组和对照组的护理均可预防妊高征并发症,减少围产期孕产妇病死率,但是对照组优于常规组,由此可见,妊高征除积极治疗外,还有大量复杂而细致的护理工作,实施包干制责任护理才能完成这些繁杂而细致的护理工作,因此,包干制护理在预防妊高征并发症,降低围产期孕产妇的病死率,降低剖宫产率起了积极重要的作用[2]。

参考文献

[1] 何仲. 妇产科护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:71-72.
 [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:99-100.

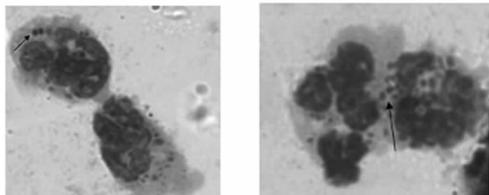
(收稿日期:2011-12-25)

(上接第 1666 页)

菌采血:用乙醇棉球消毒小白鼠尾后,剪断尾尖,将鼠尾断处对准凹玻片凹孔内肝素的部位,轻轻搅动混匀(血量约 2 滴);用 1 mL 注射器加 1 滴白色葡萄球菌菌液,充分混匀;将凹玻片置入湿盒内,放 37℃ 温室作用 30 min,期间每隔 10 min 摇匀 1 次;取血-白色葡萄球菌混合液置于洁净的载玻片上,推成薄片,待干;瑞氏染色;镜检观察结果。

2 结 果

如染色结果正确,可见中性粒细胞核及被吞噬的细菌染成紫色,中性粒细胞胞浆为淡红色;可见中性粒细胞胞浆内吞噬有很多白色葡萄球菌(图 1)。



注:→所指为被中性粒细胞吞噬的白色葡萄球菌。

图 1 小吞噬试验结果

3 讨 论

白细胞有多种,这里是指嗜中性粒细胞(又称多形核白细胞)主要功能是摄取和消化异物,特别是通过吞噬作用能杀死和消化病原菌,因此又称为小吞噬细胞[1-2]。小吞噬试验即白

细胞吞噬功能测定试验,是微生物与免疫学实验教学中的一个重要实验。它主要用于观察中性粒细胞吞噬外来微生物和其他颗粒的能力,从而反映机体的自然免疫防御功能。

小吞噬试验的最常用方法是体内法和体外法两种。有文献报道[3],体外法的制片效果明显优于体内法。另外,由于体内法最终需要处死实验动物(小鼠),成本比较高,所以本教研室多采用体外法测定。本实验开设初期采用的实验材料是人血(耳垂或指尖)[1-2]。由于进行操作的同学对医学微生物学与免疫学实验还比较生疏,操作场地(病原生物学与免疫学实验室)经常进行病原生物的实验操作,属于危险系数比较高的场所,为了保证学生的安全,本教研室改进了实验方法,并取得了较好效果。

参考文献

[1] 马立人,张淑杰,裴银辉,等. 病原生物学与免疫学实验教程[M]. 山东:中国科学文化出版社,2004:55.
 [2] 张淑杰. 医学微生物学实验技术[M]. 北京:军事医学科学出版社,2008:86-87.
 [3] 徐珠锦,张薇. 小吞噬试验的两种常用方法对照[J]. 检验医学与临床,2010,7(11):1117-1118.

(收稿日期:2012-03-22)