早破[5]。

参考文献

1 乐　杰. 妇产科学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 137－138.

2 Yoneyama K, Kimura A, Kogo M, et al. Clinical predictive factors for preterm birth in women with threatened preterm labour or preterm premature ruptured membranes? [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2009, 49(1): 16－21.

3 司平香. 胎膜早破647例临床分析[J]. 基层医学论坛, 2011, 15(5): 104－105.

4 刘红英, 马鸿雁. 未足月胎膜早破147例临床分析[J]. 中国生育健康杂志, 2011, 22(6): 370－371.

5 漆洪波, 吴味辛. 重视未足月胎膜早破的研究[J]. 中华妇产科杂志, 2006, 41(1): 3－6.

[收稿日期　2012－03－31][本文编辑　宋卓孙　蓝斯琪]

学术交流

心脏破裂伤12例诊治体会

钟齐庆,　杜正隆,　凌　毅

作者单位: 535000　广西, 钦州市第二人民医院心胸外科

作者简介: 钟齐庆(1978－), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 心脏外科临床。E-mail: zqqgxmu@163.com

[摘要]　目的　探讨心脏破裂伤的早期诊断和治疗方法。方法　对12例心脏破裂伤患者的临床资料进行回顾性分析。全组患者男8例, 女4例, 平均年龄38岁。其中刀刺伤6例, 高处坠落伤1例, 车祸伤5例。需心肺转流8例。结果　12例经手术治疗后痊愈出院。结论　早期诊断、尽快建立周围体外循环是救治心脏破裂伤成功的关键。

[关键词]　心脏破裂;　周围体外循环;　心肺转流

[中图分类号]　R 654.2　[文献标识码]　B　[文章编号]　1674－3806(2012)11－1060－03

doi: 10.3969/j.issn.1674－3806.2012.11.21

Diagnosis and treatment of cardiac rupture: analysis of 12 cases

ZHONG Qi-qing, DU Zheng-long, LING Yi. Department of Cardiothoracic Surgery, Qinzhou City Second People's Hospital, Guangxi 535000, China

[Abstract]　**Objective**　To explore the method of the early diagnosis and treatment of cardiac rupture. **Methods**　A retrospective review was carried out on 12 patients with cardiac rupture, including 8 male and 4 female patients, the average age was 38 years. Of them, knife stab injury was found in 6 patients, high falling injury in 1 patient, traffic accident injury in 5 patients. Eight patients received cardiac pulmonary bypass. **Results**　Twelve patients were cured after operation. **Conclusion**　Early diagnosis and establishing the femorfemoral extracorporeal circulation as soon as possible is the key to a successful treatment for cardiac rupture.

[Key words]　Cardiac rupture;　Femorfemoral extracorporeal circulation;　Cardiac pulmonary bypass

心脏破裂大部分是由于尖锐器物穿透胸壁导致的心脏损伤, 少部分致病原因是由于暴力冲撞前胸而引发的心脏破裂。本文通过对我院2005～2011年收治的12例外伤性心脏破裂患者的临床资料进行回顾性分析, 现报告如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料　本组患者12例, 其中男8例, 女4例; 年龄15～52岁, 平均38岁。创伤原因: 刀刺伤6例, 高处坠落伤1例, 车祸伤5例。损伤部位: 右心房3例, 右心室7例, 左心室1例, 升主动脉1例。心脏裂口0.3～2.5 cm。合并肺挫裂伤4例, 肋骨骨折3例, 腹腔出血1例, 血气胸4例。患者受伤至手术时间45 min～2 h。患者入院时7例出现休克症状, 5例观察到急性心包压塞征象。术前行B型超声检查, 心包腔明显积液8例。

1.2　手术方法　在输血输液抗休克的同时, 紧急开胸急诊手术者均全麻下紧急插管, 呼吸机辅助通气。建立体外循环: 右腹股沟处纵切口, 长2～3 cm, 分

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

离、解剖股动脉、股静脉。采用 5-0 Prolene 线在股动脉、股静脉上做荷包缝合，经穿刺插管，股动脉插管 10 ~ 21F(美敦利 DLP)，股静脉插管 15 ~ 27F(美敦利 DLP)。全身进行肝素化。平均动脉压 50 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 以下者进行心肺转流，浅低温、中度血液稀释同时常规开胸手术。预充液包括：醋酸钠平衡盐 250 ~ 500 ml，贺斯 1000 ml，4% 碳酸氢钠 5 ml/kg，20% 甘露醇 5 ml/kg。体外循环中鼻温 33.7 ~ 35 ℃，肛温 33 ~ 35.5 ℃，灌注流量 2.1 ~ 2.4 L/(m^2 · min)，平均灌注压 50 ~ 80 mmHg。取胸骨正中切口。本组 5 例急性心包压塞患者可见心包明显膨胀呈暗红色，心脏跳动微弱无力，切开心包时可见大量血液涌出，心包内积血 220 ~ 550 ml，减压后心脏搏动强而有力，血压回升。4 例开胸后血压维持在 50 mmHg 以上，并未行心肺转流，只是进行心包血液回收。2 例患者在麻醉后、开胸前出现心室纤颤，及时进行了股动、静脉插管心肺转流，心脏修补并电除颤后，心脏复跳。心脏破裂伤口位于右心房、右心室和左心室者用 4-0 Prolene 连续缝合涤纶补片法修补，主动脉者用 2-0 Prolene 连续缝合涤纶补片法修补，同时处理合并损伤。术毕心包开窗，留胸腔闭式引流管。

2 结果

本组 12 例患者均痊愈出院，住院时间 14 ~ 31 d。手术时间 90 ~ 230 min，平均 144 min。8 例患者进行心肺转流，体外循环时间 25 ~ 115 min。2 例患者术中出现心跳骤停，经复苏成功。患者心功能恢复良好，未出现严重并发症。

3 讨论

心脏破裂病情进展快，可在短时间内造成死亡，死因主要是急性心包填塞与失血性休克[1]。有报道心脏破裂伤入院前病死率高达 62% ~ 84%，患者到达医院存活率也只有 80% ~ 90%，死亡率较高[2]。因此，救治心脏破裂的患者最关键是能够在最短时间内及时准确判断病情，在持续抗休克和解除心包填塞治疗中进行手术，可以提高救治率，挽救患者生命[3]。开胸心脏修补是挽救患者生命的唯一措施。一旦确定诊断或高度怀疑心脏破裂必须立即手术探查，任何观察和等待都是危险和错误的[4]。

3.1 病史与检查 凡是有“心脏损伤危险区”损伤的患者，如有进行性血胸或失血性休克或伴有心包填塞症状，应高度怀疑有心脏损伤的可能[5]。若开放性损伤偏离心前区，患者有急性失血性休克表现与实际失血量不成比例时也应考虑心脏损伤导致心包填塞的可能性[6]。超声或 CT 检查可以避免漏诊。若情况紧急不能过多依赖相应辅助检查时，可以行诊断性穿刺。但由于心包腔穿刺有造成心脏损伤的可能，并且操作复杂、难度大，同时在心包腔内快速出血时容易形成血凝块而影响诊断。因此，心包腔穿刺一般不作为首选，而应选择能快速明确诊断的超声检查。本组 8 例行床边超声检查后获得确诊，为急诊剖胸手术救治赢得宝贵时间。

3.2 病理分型 石应康等[7]将心脏穿透伤分为亚临床型、心脏压塞型及失血休克型。各型的临床表现不同，处理的重点也不一样。亚临床型缺乏循环障碍的临床表现，容易延误诊断；心脏压塞型常需紧急开胸解除压力才能够维持循环的稳定；而失血休克型在紧急开胸的同时须快速补充血容量。急性心包压塞型外伤性心脏破裂患者，因心脏及心包破裂口较小，血液积聚于心包腔内，易造成急性心包压塞。治疗的关键是及时开胸进行心包减压。急性失血型患者心脏、心包裂口均比较大，短时间内大量失血，一般没有足够时间进行详细检查，应积极抢救休克，做好急诊剖胸手术止血准备。

3.3 治疗 一旦明确诊断，则须果断地行抗休克处理，维持循环稳定，并及时开胸手术，以解除心包压塞及缝合心脏破口。心跳骤停者，需要开胸简单处理心脏破裂口并进行胸内心脏按摩，以确切、有效地改善冠脉流量和脑血管灌注量，减少手术后并发症。韦涌初等[8]认为，首先建立静脉通道，最好是中心静脉通道，尽快纠正休克，做好急症手术准备，为抢救赢得宝贵的时间。手术方式：在全麻下紧急插管，呼吸机辅助通气。取右腹股沟处纵切口，解剖股动、静脉并全身肝素化。股动脉插管 10 ~ 21F(美敦利 DLP)，股静脉插管 15 ~ 27F(美敦利 DLP)。平均动脉压 < 50 mmHg 者，可给予转体外循环。胸骨正中切口开胸，切开心包后，使用心包引流管进行血液回收。心房伤口可先用心耳钳夹，胸内大血管破裂伤上侧壁钳夹后无创缝合线修补裂口。如果缝合困难，可以进行控制性降压。心室出血创口可用手指暂时按住，使用心脏无创缝合线修补裂口。心脏修补时应避免盲目钳夹心脏裂口，以免扩大裂口，应采用带垫或自体心包片褥式缝合，缝针力求超过心肌厚度的 2/3，同时注意避开大的冠状动脉，冠状血管旁裂口缝针宜浅，且在血管下方潜行缝合[3,4]，小冠状动脉出血可以缝闭。本组有 4 例开胸后血压维持在 50 mmHg 以上，并没有转体外循环，只是进行了

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

心包的血液回收。有 2 例患者在麻醉后、开胸前出现心室纤颤，及时进行股动、静脉插管心肺转流，心脏修补并电除颤后，心脏复跳。缝毕还应仔细探查其他脏器损伤情况。

3.4　体会　在实施抢救的过程中，关键在于准确判断心脏破裂口，及早开胸手术。手术治疗核心在于恢复心脏的泵功能和止血。建立周围体外循环具有以下优点：(1) 能够很好解决心脏破裂后心脏泵功能衰竭，维持血压稳定。(2) 回收血液，解决出血问题并提供良好手术界面。(3) 股动、静脉插管部位表浅，比较容易操作，便于快速建立体外循环，明显优于开胸后常规进行主动脉和上、下腔静脉插管建立体外循环，为抢救赢得了时间。不足之处，本组有 4 例患者血压一直维持在 50 mmHg 以上，并没有进行心肺转流，只是进行了心包血液回收。进行股动、静脉插管可能对此类患者增加副损伤。

综上所述，心脏破裂常规剖胸探查术中常遇到心脏泵功能衰竭与失血性休克等问题，是导致抢救失败的主要原因。我院采用周围体外循环下心脏破裂伤修补技术后，能够控制血压和维持循环稳定，为手术提供良好界面。相对于常规剖胸探查，在很大程度上避免了心脏泵功能衰竭和失血性休克等问题，提高了抢救的成功率。

参考文献

1　刘维永. 论当前严重胸部创伤早期救治中的几个问题 [J]. 中华创伤杂志，2009，21(1)：55－56.

2　Beach PM Jr，Bognolo D，Hutchinson JE. Penetrating cardiac trauma. Experience with thirty-four patients in a hospital without cardiopulmonary bypass capability [J]. Am J Surg，1976，131(4)：411－414.

3　刘治元. 外伤性心脏破裂的诊治分析 [J]. 中国医药指南，2011，9(20)：119－120.

4　吴春齐，何学志，李金声，等. 心脏创伤的救治体会 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志，2005，12(4)：261.

5　顾恺时. 胸心外科手术学 [M]. 上海：上海科学技术出版社，2003：1037.

6　窦云轲，李小燕. 心脏及胸内大血管破裂伤 32 例的急救 [J]. 广西医学，2006，28(8)：1274－1275.

7　石应康，田子朴，袁宏声，等. 穿透性心脏损伤的临床分型与处理 [J]. 中华创伤杂志，1994，10(2)：60－61.

8　韦涌初，黄思光，曾建业，等. 急诊剖胸术救治外伤性心脏破裂 24 例 [J]. 广西医科大学学报，2010，27(3)：457－468.

［收稿日期　2012－03－13］［本文编辑　杨光和　韦所苏］

学术交流

纤维桩和金属桩修复上颌前牙残根残冠的临床效果观察

杨　珍

作者单位：545001　广西，柳州医学高等专科学校第一附属医院口腔医学中心

作者简介：杨　珍(1970－)，女，大学本科，医学学士，主治医师，研究方向：前牙修复。E-mail：947987161@qq.com

[摘要]　**目的**　对比纤维桩和金属桩对上颌前牙残根残冠的修复效果。**方法**　选取 2007-08～2008-08 到该院就诊经纤维桩修复上颌前牙残根残冠患者 62 例，共 78 颗患牙；选取同期经金属桩修复上颌前牙残根残冠患者 56 例，共 70 颗患牙。患者定期按时随访，对比二者的修复效果。**结果**　经纤维桩修复的修复体固位和稳定良好，未发现折裂和松动，烤瓷冠边缘密合，牙龈无色素沉着，牙周情况良好，根周无病变。成功 78 颗，成功率为 100.0%。经金属桩修复的上颌前牙残根残冠成功 53 颗，失败 17 颗(分别为牙根折 3 颗，桩核松动脱落 2 颗，牙龈边缘出现色素沉着 12 颗)，成功率为 75.7%，经纤维桩修复上颌前牙残根残冠成功率高于金属桩($\chi^2=21.40$，$P<0.01$)。**结论**　纤维桩较金属桩更适合于上颌前牙残根残冠的修复治疗。

[关键词]　纤维桩；　金属桩；　前牙

[中图分类号]　R 783　**[文献标识码]**　B　**[文章编号]**　1674－3806(2012)11－1062－03

doi：10.3969/j.issn.1674－3806.2012.11.22

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net