

会阴部创伤者的治疗体会

□李红社 赵明 刘胜强

随着人们生活节奏的加快及汽车社会的到来,交通事故数量持续增加,严重车祸时有发生。如何有效提高严重创伤的救治成功率,是我们工作的责任。本文就我院成功救治1例严重车祸致会阴部撕裂、直肠破裂、尿道断裂及骨盆骨折的经验进行总结,分享体会如下。

资料与方法

伤者,女,63岁,因乘坐农用三轮车翻车致伤3小时入院。入院检查显示:体温36摄氏度,脉搏85次/分,呼吸19次/分,血压90毫米汞柱/50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。伤者神志不清,呼之不应,面色苍白,面部多处淤血、青紫,右眼肿胀,胸壁及右侧腋下多处青紫。心肺检查未见明显异常。腹部柔软,未触及包块,腹肌不紧张,耻骨上方可触及血肿,双侧腹股沟区皮肤青紫。会阴部皮肤、皮下组织可见不规则撕裂伤,创面有活动性出血。创口指诊:直肠、阴道完全断裂,可触及耻骨骨折端,未触及异物。双上肢、双下肢可见多处皮肤青紫。CT(计算机层析成像)检查提示:会阴部存在异常密度影;盆腔周围软组织皮下气肿;盆腔内部分肠管积气;髌臼、耻骨上下支多发骨折。

入院诊断:创伤性休克;会阴

部撕裂贯通伤;双侧耻骨上下支多发骨折;骨盆周围软组织皮下积气;全身多处软组织挫伤。

治疗经过:伤者入院后立即给予抗休克治疗,补充血容量、备血,并进行紧急术前准备,急诊行会阴部贯通伤探查术。术中发现直肠距肛缘3厘米处断裂,肛门括约肌撕裂,阴道及前尿道断裂。遂行直肠断端吻合术、阴道断端缝合术、尿道断端吻合术,术后留置尿管;肛门括约肌撕裂处给予缝合修补,创口内放置两根引流管。术中输注去白红细胞、血浆。术后伤者转入ICU(重症加强护理病房)继续抢救治疗。在ICU期间,伤者血压偏低,给予输血及血管活性药物提升血压,并给予呼吸机辅助呼吸。术后检查发现,伤者右侧眼眶内侧壁骨折,右侧部分肋骨骨折,肺挫伤及全身炎症反应综合征。血管活性药物逐渐减量,于术后第7天停用。术后第15天撤除呼吸机。术后第18天,伤者转回普通病房。

住院期间,伤者先后发生肺部感染及伤口感染,病原学培养检出金黄色葡萄球菌及多重耐药菌。根据药敏试验结果,先后调整抗菌药物方案。经多次输血、输注血浆及肠外营养支持治疗,并应用血必净注射液、乌司他丁

注射液等抑制炎症因子的药物,同时进行多次支气管肺泡灌洗、双侧胸腔积液闭式引流、伤口换药等治疗措施,最终伤者康复,现已恢复正常生活。

治疗体会

手术处理:会阴部伤口处理的目的是止血、清除失活组织和异物、减少感染风险、促进伤口愈合。若伤口条件允许,可在清创后一期缝合,并内置引流管。建议放置双腔管或两管合一单腔引流管,以利于冲洗及渗出液引流。

该伤者因车祸导致严重会阴部软组织挫伤,合并肛门直肠、阴道及尿道断裂,同时伴有骨盆骨折及全身多处软组织挫伤,入院时处于休克状态。在抗休克治疗的同时,急诊行手术探查。术中发现,不仅会阴部皮肤撕裂,肛门括约肌、直肠、阴道、尿道均存在断裂,会阴部空虚呈一大创腔。止血并清理失活组织后,对断裂的直肠、阴道、尿道、肛门括约肌进行缝合修补。在直肠吻合口两侧各放置一根引流管,以确保彻底引流。由于伤者直肠断裂位置距肛缘仅3厘米,肛门括约肌功能丧失,直肠内无压力,这为吻合口一期愈合提供了条件。对于直肠损伤破裂,应尽可能修补。大多数严重会阴部损伤,尤其是合并直肠损伤

时,行粪便转流术是很有必要的。本例伤者原计划在病情稳定后行粪便转流术,但因术后血压需持续使用血管活性药物维持,未能及时实施。待血压平稳后检查,直肠吻合处已愈合。阴道黏膜愈合能力极强。单纯的黏膜损伤且无出血时,无需缝合。对于存在组织缺损的情况,不必过分追求黏膜的完整修复;对于较深的撕裂伤,只要准确缝合关键出血部位,有效闭合大片撕脱间隙,并辅以阴道纱布压迫和皮片引流,即可取得很好的治疗效果。

术后伤者在ICU血压仍较低,仍需继续使用去甲肾上腺素和间羟胺维持血压在正常水平,以保证重要脏器的血液供应。

抗菌药物应用:术后及时给予美罗培南抗感染治疗。美罗培南为广谱抗菌药物,可覆盖大部分细菌。但由于肺挫伤较重,术后出现肺炎及双侧胸腔积液,已多次行支气管镜灌洗治疗,并实施双侧胸腔闭式引流等。

减轻炎症反应:伤者因严重创伤引起全身炎症反应综合征,给予血必净注射液、乌司他丁注射液治疗。血必净注射液为中成药剂,具有调节免疫功能、改善机体微循环、保护内皮细胞的作用。通过静脉给药方式,可快速

吸收,药物作用时间长,抗炎效果显著。相关研究显示,血必净注射液具有拮抗内毒素、抗炎、改善免疫功能,保护组织细胞的作用。大量临床研究亦证明,血必净注射液通过拮抗内毒素及炎症介质的释放,增强机体免疫细胞功能,从而促进免疫功能恢复并实现免疫功能的双向调节。此外,血必净注射液还可增加血小板及纤维蛋白含量,调节免疫功能,减轻炎症因子对组织的损伤。乌司他丁注射液具有抑制全身炎症反应、减少肠道细菌及毒素移位,保护重要器官及改善受损器官的作用,为伤者的康复创造了有利条件。

加强支持治疗:对于重症伤者,支持治疗非常重要。若化验检查发现贫血,应给予输血及输注血浆。当白蛋白水平降低时,应及时补充,并给予营养支持治疗,以维持内环境稳定。尽管早期已使用强效广谱抗菌药物覆盖大部分细菌,但在病程中期,细菌培养结果显示存在金黄色葡萄球菌及多重耐药菌感染,经及时调整抗菌药物方案后,病情好转阶段采用降阶梯用药策略,均取得良好效果,伤者最终康复出院。

(作者供职于河南省卢氏县中医院外科)

顺产时该如何正确用力

□郭莉莉

分娩是女性生命中极具挑战性的时刻。顺产时,掌握正确的用力技巧不仅能缩短产程、减轻痛苦,还能降低会阴撕裂和侧切风险。许多准妈妈因缺乏经验或过度紧张,在分娩时容易陷入“白费力气”的误区。

分娩用力的关键准备

拉玛泽呼吸法:分娩的“能量密码”

拉玛泽呼吸法通过调节呼吸节奏,帮助产妇在宫缩时保持冷静、集中力量。其具体分为3个阶段:

第一产程(宫口扩张期):采用“慢而深”的腹式呼吸,吸气4秒→屏息2秒→呼气6秒,重复至宫缩结束。此阶段需避免过早用力,防止宫颈水肿。

第二产程(胎儿娩出期):当宫口全开且医生指示用力时,产妇可进行短促且有利的呼吸:深吸气后屏住呼吸5秒~8秒,像解大便一样向下用力,随后快速呼气并重复进行。

第三产程(胎盘娩出期):恢复缓慢呼吸,并配合医生指令做微用力。

心理建设:消除恐惧,建立信任。紧张会导致肌肉僵硬,反而阻碍产程进展。产妇可通过以下方式缓解焦虑:提前了解分娩流程,与医生沟通个性化方案;练习冥想或听舒缓的音乐,保持情绪稳定。

正确用力的三大核心技术

姿势选择:利用重力加速产程。半卧位:背部垫高30度~45度,双腿屈曲分开,脚踏踏板,双手握住扶手。此姿势能扩大骨盆出口,适合大多数产妇。

侧卧位:向一侧侧下,下方腿伸直,上方腿弯曲,适用于胎位不正或需要缓解背部压力的情况。

蹲姿或跪姿:双手抓住支撑物,身体前倾,利用重力帮助胎儿下降。需注意保护膝盖,避免长时间用力导致疲劳。

用力方向:向下而非向外。错误的用力方式常表现为“脸憋红、脖子青筋暴起”,但力量未集中到产道。正确做法是:想象将胎儿推向肛门方向,而非面部或胸部;用力时需收紧腹部和盆底肌,避免长时间屏气,以免缺氧;每次用力持续8秒~10秒,休息3秒~4秒后重复,避免肌肉疲劳。

时机把握:与宫缩同频。宫缩来临时:深吸气后屏住呼吸,向下用力至宫缩结束;宫缩间歇期:完全放松身体,保存体力,避免无谓挣扎;胎头娩出时:听从医生指令停止用力,改用短促呼吸,防止会阴撕裂。

产科护理的实用辅助技巧

会阴按摩:减少撕裂风险。孕晚期可由专业人员或伴侣进行会阴按摩。此方法可增加会阴弹性,降低侧切概率。

热敷与冷敷:缓解局部不适。热敷:宫缩间歇期,用温毛巾敷下腹部或腰部,能促进血液循环,缓解疼痛。冷敷:若会阴肿胀,可用毛巾包裹冰袋冷敷10分钟~15分钟,可减轻水肿。

饮食与水分补充:维持体力。第一产程可进食易消化的高能量食物(如巧克力、香蕉);第二产程因需频繁用力,建议少量多次饮用运动饮料或淡盐水;避免食用油腻或高纤维食物,以防分娩过程中出现尴尬。

常见误区与应对策略

误区1:过早用力导致宫颈水肿。在宫口未完全打开时用力,会压迫宫颈组织,从而延长产程。此时应通过呼吸和放松技巧缓解疼痛。

误区2:用力过猛引发胎儿缺氧。过长的屏气时间会减少胎盘血流供应。产妇需严格遵循医生指导,控制用力节奏和时长。

误区3:忽视休息导致体力透支。分娩是一场持久战,宫缩间歇期充分放松远比持续用力更重要。产妇可通过闭眼休息、调整呼吸或与家人对话等方式恢复体力。

(作者供职于河南省商丘市妇幼保健院产房)

排卵期出血正常吗

□陈娟

许多女性会在月经周期的中期出现少量阴道出血,这种现象被称为排卵期出血。它既可能是正常的生理反应,也可能隐藏健康风险。本文将帮助您科学认识这一现象,并学会识别需要警惕的异常信号。

正常排卵期出血的生理机制

在月经周期中,卵巢排卵时,雌激素水平会出现短暂下降。这种激素波动可能导致部分子宫内膜失去激素支持而脱落,形成少量出血。正常排卵期出血通常具有以下特点:

时间规律:多发生于两次月经之间,持续1天~3天。

出血量少:仅表现为少量血性或分泌物或褐色出血。

伴随症状轻:可能伴有轻微下腹坠胀感,类似月经来潮前的隐痛,自行停止;随着黄体形成并分泌孕激素,子宫内膜快速修复,出血可自然停止。

这种生理现象在育龄期女性中较为常见,尤其多见于月经周期规律、排卵功能正常的女性。研究显示,20%~30%的女性曾经历过排卵期出血,多数情况无需特殊处理。

需要警惕的异常信号

当出现以下情况时,建议及时就医排查疾病:

出血量异常增多:正常排卵期出血量应明显少于月经量。若排卵期出血量接近或超

过月经量,或需使用卫生巾,可能提示以下问题。

黄体功能不足:孕激素分泌不足导致子宫内膜修复延迟。

子宫内膜息肉:息肉表面血管破裂引发出血。

子宫肌腺:黏膜下肌瘤影响子宫收缩导致出血增多。

出血时间延长:生理性出血通常不超过3天。若持续超过5天,需考虑以下问题。

子宫内膜炎:炎症可导致子宫内膜修复能力下降。

内分泌紊乱:如甲状腺功能异常可能影响激素调节。

凝血功能障碍:需通过血常规检查进行排除。

伴随异常症状:出现以下情况应高度重视:剧烈腹痛可能提示卵巢囊肿蒂扭转或黄体破裂;异常分泌物(如黄色或脓性)提示感染可能;头晕、乏力可能是长期出血导致贫血信号;性交痛或接触性出血需警惕宫颈病变。

特殊人群风险:青春期少女:下丘脑-垂体-卵巢轴发育尚未成熟,易发生功能失调性子宫出血。

围绝经期女性:卵巢功能衰退,激素水平波动较大,需排除子宫内膜病变。

多囊卵巢综合征患者:激素失

衡可能增加出血风险。

科学应对与预防建议

观察记录:使用手机APP(应用程序)记录出血日期、持续时间及伴随症状,以协助医生进行判断。

生活方式调整:进行适度运动(如散步、瑜伽),避免剧烈运动;保持规律作息,避免熬夜;穿着透气、棉质内裤,减少外阴刺激。

饮食调节:增加豆制品、坚果等富含植物雌激素食物的摄入;在出血量较多时补充铁剂以预防贫血;避免食用生冷、辛辣食物,以防刺激。

就医指征:出血量多或持续超过7天;每年发作次数超过3次且影响生活质量;伴随腹痛、发热等异常症状。

医学检查建议

医生可能建议进行以下检查:

妇科超声:用于观察子宫内膜的厚度及形态,排查息肉、肌瘤等病变;性激素六项检查用于筛查内分泌失调及评估生理功能;宫颈细胞学检查用于排除宫颈病变;甲状腺功能检测用于排查内分泌疾病。

排卵期出血多数是生理现象,但需警惕异常信号。通过科学观察和及时就医,既能避免过度焦虑,也能早期发现潜在疾病。保持健康的生活方式,定期进行妇科检查,是维护生殖健康的重要保障。

(作者供职于山东省济南市第一人民医院)

如何读懂性激素六项检查报告

□于华兰

性激素六项检查是评估女性生殖生理功能的核心检查项目,常用于月经不调、不孕、闭经等问题的排查。但报告上的英文缩写和数值往往让很多人困惑不已。其实,读懂这份报告的关键在于:先明确检查时机,再理解各项指标的核心意义,无需过度纠结于复杂数据。

首先,明确检查时机。只有检查时机选对了,结果才有参考价值。对于月经规律的女性而言,建议在月经第2天~第5天进行检查,此时处于卵泡早期,能最准确地反映卵巢的基础功能;若月经紊乱且无规律,可随时检查,结果可参考卵泡期标准;若需评估黄体功能,则需在月经第21天左右进行检查。需要提醒的是,检查前需空腹,检查前一晚需避免熬夜、剧烈运动和情绪激动,并提前1个月停用激素类药物,这些因素均可能影响结果的准确性。

其次,逐一解读性激素六项检查的核心指标。促卵泡激素(FSH)和促黄体生成素(LH)均由垂体分泌,是调控卵巢功能的“指挥信号”。在卵泡期,FSH的正常参考范围为5毫国际单位/毫升~10毫国际单位/毫升,LH的正常参考范围为5毫国际单位/毫升~8毫国际单位/毫升。FSH的核心作用是促进卵泡发

育,其水平变化主要反映卵巢储备功能。FSH水平升高提示卵巢储备下降,过高则需警惕卵巢早衰;水平降低可能与下丘脑、垂体功能异常有关。LH的关键作用是诱发排卵,排卵前会出现 LH 高峰,备孕女性可借此判断排卵时机。临床中,常通过 LH 与 FSH 的比值判断多囊卵巢综合征,若该比值大于2.5,需警惕该疾病的可能性。

雌二醇(E2)是主要的雌激素,由卵巢分泌,是维持月经周期和第二性征的重要激素。在卵泡期,E2的正常参考范围为25皮克/毫升~50皮克/毫升。其水平降低常见于卵巢功能衰退,可能导致月经推迟、量少;水平升高则可能与子宫内膜过度增生、卵巢囊肿等有关。围绝经期女性E2水平忽高忽低,可能引发潮热、失眠等不适症状。

孕酮(P)主要由黄体分泌,其核心功能是维持妊娠和调节月经周期。判断P结果需结合检查时机:在卵泡期,P的正常参考范围为0.3纳克/毫升~1.0纳克/毫升;在黄体期,P水平会明显升高,正常参考范围为5纳克/毫升~20纳克/毫升。在黄体期,若P水平过低,则提示黄体功能不足,可能导致月经提前、淋漓不尽,甚至影响受精卵着床。在非孕

期,若P水平异常升高,需警惕葡萄

胎等异常情况。孕期,P水平升高多与多胎妊娠等生理情况相关。

睾酮(T)是女性体内的一种雄激素,少量存在即可维持正常生理功能,其正常参考范围为0.2纳克/毫升~0.8纳克/毫升。若T水平过高,可能引发一系列问题,如长痘、多毛、脱发等,也是多囊卵巢综合征的典型表现之一,同时还可能增加排卵障碍和月经紊乱。

催乳素(PRL)的主要作用是促进乳腺发育和乳汁分泌,其水平受情绪、睡眠等因素影响较大,正常参考范围为5纳克/毫升~25纳克/毫升。PRL水平升高会抑制排卵,可导致闭经、月经稀发,部分情况与垂体微腺瘤有关;水平降低则常见于垂体功能减退等疾病。若单次检查发现PRL异常,建议复查以确认结果。

最后,需要强调的是,性激素六项检查的解读不能孤立看待单个指标,需结合年龄、月经周期、症状及其他检查结果进行综合判断。一次检查异常不代表一定存在健康问题,尤其是围绝经期女性,其激素水平波动较为明显,建议间隔1个月~2个月复查,以获得更准确的结果。此外,报告解读需由专业医生完成,切勿仅凭数值自行判断或用药。

(作者供职于山东省烟台市牟平区中医院)

在新生命孕育过程中,人们往往认为生育一个健康的宝宝是理所当然的事情。然而,事实并非如此。单基因遗传病如同暗礁,深埋在看似平静的“基因海洋”下,悄无声息地潜伏,等待着一个概率极低却真实存在的“巧合”来触发。或许有人会认为这是概率问题,离自己很遥远,其实不然。相关研究显示,目前已知的单基因遗传病已超过8000种,其综合发病率高达1%。这就意味着,在每100个新生儿中,可能就有一个单基因遗传病患者。

日常生活中,最常见的单基因遗传病包括地中海贫血、先天性耳聋、苯丙酮尿症等。这些疾病会给家庭带来沉重的经济负担和难以言喻的精神压力。以地中海贫血为例,它是一种在我国南方地区高发的遗传性溶血性疾病,在广东、广西、海南等省份,平均每6个人~8个人中就有1人携带致病基因。试想,如果一对夫妇均为携带者,他们每次怀孕,孩子都有1/4的概率患上地中海贫血。一旦患病,就意味着孩子需要终身依赖输血维持生命,或者进行昂贵的造血干细胞移植。这对一个家庭将造成毁灭性的打击。

既然单基因遗传病的风险是“隐形”的,那么我们该如何提前发现这种潜藏的风险呢?答案就是:单基因遗传病携带者筛查。这项技术被誉为现代生育的“遗传安检”。它的原理非常简单,通常只需采集夫妻双方少量的血液或唾液样本,通过高通量测序技术,就能检测出夫妻双方是否携带百余种常见隐性遗传病的致病基因。这不仅是一项检查,更是一次对未来负责的预演。筛查的目的不是为了制造焦虑,而是为了赋予我们生育的“知情权”和“选择权”。通过筛查,我们可以提前获知那25%的风险是否存在,从而在生命的起点便掌握生育的主动权。

这项筛查的适用范围非常广泛,适用于所有计划怀孕的夫妇(无论是否有家族遗传病史),应作为备孕的标准流程,如同婚前检查、孕前检查一样。该项筛查的最佳筛查时机是孕前,如果在孕前发现风险,可以从容地选择最合适的干预方案;如果已经怀孕,建议在孕13周之前完成筛查,以便为后续可能的产前诊断留出充足的时间窗口。

如果筛查结果显示夫妻双方是同一种疾病的携带者,应如何处理?

请勿恐慌,现代医学已经为我们提供了强有力的解决方案。如果在孕前发现,可以选择第三代试管婴儿技术,从源头上阻断单基因遗传病的传递。通过试管婴儿相关技术对胚胎进行遗传学检测,精准筛选出不含致病基因的健康胚胎,再将其移植入母亲的子宫,从而在受孕前筛选出正常胚胎,确保生命的健康延续。如果已经自然受孕,也不必惊慌,可在孕中期进行羊膜腔穿刺术等,对胎儿进行精准的遗传学诊断。若诊断结果显示胎儿健康,则可继续安心妊娠;若确诊患病,则可以在医生的指导下,根据疾病的严重程度和预后情况,做出知情、理性的选择。

新生命的孕育,本就是一场满载喜悦与期待的旅程,而医学科学的进步,能帮我们在这场旅程中,少一些未知的惊涛骇浪,多一分从容。建议先与医生进行深入沟通,借助科学的力量,为宝宝赢得一个无“陷”未来,让爱从最健康的起点出发。

(作者供职于甘肃省兰州大学第一医院)

中医视角下的小儿脾胃养护攻略

□宋哲

在中医学理论中,脾胃被称为“后天之本”“气血生之源”。

小儿脾胃功能具有“稚阴稚阳”的生理特点,即脏腑娇嫩、功能尚未完善,因此脾胃养护成为小儿健康管理的关键环节。不少家长因缺乏科学的养护认知,常陷入喂养误区,进而引发小儿食欲不振、腹胀、便秘、腹泻等问题。本文将从中医视角出发,为家长梳理小儿脾胃的养护方法。

我们需先明确小儿脾胃的生理特性。中医认为,小儿“脾常不足”,其脾胃运化能力较弱,对食物的耐受度远低于成人,若过量进食或饮食不当易导致积滞,进而损伤脾胃功能;小儿为“纯阳之体”,代谢旺盛,营养需求相对较高,脾胃功能的强弱直接影响其生长发育。基于这一特性,脾胃养护的核心原则应为“健脾和胃、饮食有节”。

饮食调理是脾胃养护的关键。中医强调“食养为先”,核心在于“辨证施食”与“规律有度”。其一,饮食宜温、软、淡、烂。小儿脾胃喜温恶寒,生冷寒凉食物如冰淇淋、冰镇饮料、生鱼片等会直接损伤脾胃阳,导致运化失常;坚硬、油腻、辛辣食物会加重脾胃负担,应尽量避免。建议多选用小米粥、山药粥、南瓜泥、蒸苹果等温和易消化的食物,既能补充营养,又能滋养脾胃。其二,进食需规律定量。应固定三餐时间,避免暴饮暴食或频繁加餐,尤其是睡前不宜进食,以免影响脾胃夜间的休整与运化。此外,中医认为,“脾主运化,喜燥恶湿”,过量摄入甜食会助湿生

热,导致脾胃积滞,家长需控制

小儿甜食的摄入。日常调护与情志调节同样不可忽视。中医强调“天人相应”理论,小儿脾胃养护需顺应自然规律。春夏季宜养护脾胃,可适当增加户外活动,促进气血流通,增强脾胃功能;秋冬季需注意腹部保暖,避免腹部受凉。因为腹部是脾胃所在之处,受凉易引发腹痛、腹泻。在情志方面,中医认为“肝木克脾土”,若小儿情志不舒、哭闹烦躁,会影响脾胃的正常运化功能。家长应营造温馨和谐的成长环境,避免过度训斥或溺爱,以保持小儿情志舒畅。

需要注意的是,家长还需规避常见的养护误区。部分家长认为“多吃补药能健脾”,盲目给小儿服用人参、黄芪等滋补品,实则小儿脾胃娇嫩,盲目添加补药易导致小儿“虚不受补”,反而加重积滞;另一部分家长认为“少食能养胃”,过度节食会导致营养不良,无法滋养脾胃,影响生长发育。正确的做法是在饮食调理的基础上,结合小儿体质,必要时在专业医师的指导下选用温和的健脾食疗方,如山药莲子粥、麦芽山楂水等,切勿自行用药。

总之,小儿脾胃养护并非一蹴而就,需遵循中医“整体调护、标本兼治”的理念,以饮食有节为核心,配合日常调护与情志调节,顺应小儿脾胃的生理特性,才能逐步增强脾胃功能,为小儿的健康成长筑牢基础。家长需摒弃功利心态,注重长期养护,从根本上减少脾胃疾病的发生。

(作者供职于山东中医药大学附属医院)