经验交流

文章编号:1000-5404(2008)18-1770-02

胸部外伤691例治疗分析

陈虎平,张明灿,许月明,裴家强,游 凯,游 波,黄 一,张先觉 (解放军第324中心医院胸心外科,重庆 400020)

我院自2003年2月至2007年11月共收治胸部创伤691例,现总结分析治疗情况,报告如下。

1 临床资料

691胸部创伤患者691例,男性601例,女性90例,年龄5~80岁,其中20~50岁共439例,占63.65%。

致伤原因:工业事故伤182例(26.34%),其中坠落伤96例,挤压伤86例。交通伤238例(34.44%),锐器伤125例(18.90%),其他如跌伤、挫伤等146例(21.13%)。

基本伤情:闭合性胸部损伤538例(77.86%),开放性胸部损伤153例(22.14%)。肋骨骨折472例(68.34%),其中浮动胸壁41例(胸外伤总数的6%)。血气胸318例,心脏大血管锐器伤17例。颈部气管闭合性伤2例,开放性锐器伤1例,胸内气管支气管损伤8例,右支气管断裂5例,左支气管断裂3例。合并伤274例(39.27%),其中颅脑伤104例占合并伤的38.93%,腹部损伤39例(5.64%),脊柱、四肢骨折176例(64.38%)。

治疗情况:非手术治疗497例占71.92%,手术治疗194例占28.08%。其中单纯胸部手术89例,占手术组45.88%。胸部手术计有肺叶修补术11例,肺叶及肺段切除2例,气管修补术9例,心脏修补术12例,采用肋骨记忆合金环状接骨板或可吸收肋骨钉内固定治疗浮动胸壁32例,电视胸腔镜(VATS)手术治疗血气胸23例。对严重胸外伤合并急性呼吸窘迫综合征(ARDS)应用呼吸机支持治疗38例。

2 结果

全组治愈670例,死亡21例、死亡率3.04%,其中因合并颅脑伤死亡11例,出血性休克6例,多脏器功能衰竭4例。24 h以内死亡者以合并颅脑伤及出血性休克为主,48 h以后以多脏器功能衰竭为主。

3 讨论

3.1 严重胸部创伤的处理原则

严重胸外伤常合并多发伤、休克及重要脏器损伤,胸外伤死亡主要发生在这一环节。因此,抓紧抓好严重胸部创伤的早期诊断和早期处理是提高胸部创伤治愈率的关键。在处理方面,首要强调防止窒息、控制出血、抗休克。除颅脑并发症外,休克时间的长短与死亡率成正相关关系,故对危及生命的心脏大血管伤、腹腔脏器伤、气管支气管损伤应优先处理,在抗休克的同时尽快手术治疗。对严重胸外伤合并急性肺损伤(ALI)患者,适当放宽机械通气指征极为重要。如果患者呼吸频率>28次/min,$p(O_2)/FiO_2 \leqslant 250$ mmHg时即可给予面罩无创机械通气辅助(同步间隙辅助通气SIMV或双水平气道正压BiPaPi模式),若仍然缺氧或氧和不足,即更改为有创机械通气,甚至采用PEEP。

3.2 血气胸以及合并失血性休克的处理

本组血气胸318例(46.12%),重危胸外伤常常合并血气胸甚至失血性休克,胸腔闭式引流常能有效地救治胸部外伤合并血气胸患者。根据我们的经验,对于钝性伤,在伤后早期(小于2 h)首次胸腔闭式引流新鲜血液超过1 000 ml,或胸腔内有活动性出血,每小时超过200 ml常常需要手术探查。对于锐器伤,在伤后早期(小于2 h)首次胸腔闭式引流新鲜血液超过500 ml,或胸腔内有活动性出血,每小时超过150 ml常常需要手术探查。我们通过VATS手术治疗血气胸23例经验显示,在早期病情可疑情况下可行胸腔镜探查,即使在单腔气管插管条件下,也可发现胸腔活动性出血,决定开胸止血,或在胸腔镜下予以胸壁电凝或钛夹止血、修补肺裂口、膈肌裂口等操作。合并多发伤及失血性休克时,锐器伤主要为可控制性出血需要积极手术处理,而钝性损伤常常为非控制性出血,我们采取限制或延迟性液体复苏,以避免大量快速液体复苏增加血液丢失引起凝血障碍和缺氧甚至代谢性酸中毒[1,2]。对于活动性出血在手术控制出血前大量补液复苏对患者有害无益,尤其是可能有心脏大血管损伤患者[3]。

3.3 创伤性浮动胸壁的处理

浮动胸壁属重症胸外伤,常伴严重肺挫伤,导致ARDS,是钝性胸外伤死亡的重要原因之一。对浮动胸及肺挫伤引起的病理生理改变的应给予充分的重视。目前大多数专家仍主张胸壁制动,方法有胸壁外加压固定、克氏钢针固定、床旁重力牵引、手术复位内固定、机械呼吸内固定、或克氏钢针与机械呼吸并用及浮动胸壁外固定架等方法,这些方法各有利弊,在不同场合采用不同的方法。近年我们采用肋骨记忆合金环状接骨板或可吸收肋骨钉内固定,治疗浮动胸壁32例,效果满意。肋骨内固定术可迅速恢复胸壁外观、减轻疼痛、降低肺功能损失及致残率[4]。

3.4 气管、支气管损伤的处理

本组1例颈部气管闭合性损伤后因极度吸气性呼吸困难窒息死亡,另1例亦呈现极度吸气性呼吸困难,立即手术修补治愈。另1例开放伤手术修补治愈。胸内气管支气管损伤中,右支气管断裂3例为胸腔型,胸腔闭式引流后胸管内重度漏气,1例死于呼吸衰竭,2例急诊手术修补治愈,另2例右侧及3例左侧支气管断裂为纵隔型,病史1周至2个月不等,均经及

作者简介:陈虎平,男,山西省临汾市人,副主任医师,主要从事心胸外科临床方面的研究,发表论文5篇。电话:(023)68762060,E-mail:chenhp13@sina.com.

收稿日期:2008-07-02;修回日期:2008-07-18

时手术治愈。气管、支气管损伤后表现为呼吸困难、发绀、血痰、血气胸、纵隔及皮下气肿等。颈部气管闭合性损伤表现为吸气性呼吸困难,是因吸气时负压引起气管周围筋膜被吸引通气道狭窄、闭塞所致,如不立即手术可因窒息死亡。支气管断裂分为纵隔型和胸腔型,胸腔型者胸腔引流管表现为重度漏气,潮气量几乎全被胸腔引流排出,故唯有紧急剖胸治疗方能挽救。本组1例即死于该型引起的呼吸衰竭。纵隔型由于全肺不张导致血气右向左分流,低氧血症和呼吸性酸中毒,故亦应尽快手术治疗。

3.5 心脏及大血管伤的处理

根据心血管的体表投影部位,致伤因素及出现的严重休克或心包填塞症状,可以迅速作出诊断,并应直送手术室或在急症室快速手术进胸解除心包填塞,控制出血。本组均为锐器伤,心脏穿透伤13例,心包填塞型5例,出血型8例,其中右室损伤5例,左室损伤8例。4例大血管伤中,右肺动、静脉各1例死于出血性休克,1例左颈动脉近主动脉弓部刀刺伤,术后36 h突然全身抽搐,出现右半身瘫痪,深昏迷至96 h死亡,尸体解剖诊断左侧脑血管血栓栓塞。另1例为左锁骨下动脉刀刺伤,伤后24 h由外院转来,X线片呈现左锁下动脉假性动脉瘤,紧急手术治愈。大血管损伤形成假性动脉瘤,只能获得暂时平稳,随时可破裂引起致死性大出血,故一经确诊即应立即手术治疗。

3.6 胸腹联合伤处理

本组胸腹联合伤39例占3.39%,治愈32例,占胸腹联合伤的82.05%,死亡7例,占17.95%。胸腹联合伤均属严重胸外伤,故应抓紧抓好早期诊断和早期处理,尚需注意以下几点:①剖腹探查时特别是上腹部伤均应探查膈肌有无损伤,本组有4例腹部锐器伤,在剖腹探查中发现左膈肌损伤。②腹腔脏器伤特别枪弹伤,剖腹探查时应想到多脏器损伤的可能,故应仔细探查,不能遗漏,本组双脏器伤7例,5脏器伤2例。③要严格掌握开胸适应证,应多关注腹部状况。39例中,开胸术6例,其中2例左侧胸部刀伤引起心尖裂伤、心包膈面破裂、肝脏破裂经手术治愈,1例右后下胸部枪弹盲管伤,伤道大量出血,紧急开胸,发现大出血来自膈下,被迫行胸腹联合切口,为肝静脉破裂,死于出血性休克,余3例仅作了肺叶修补术,胸腔闭式引流术治愈。

关键词:胸外伤;治疗
中图法分类号:R655.05 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Varela J E, Cohn S M, Diaz I, *et al*. Splanchnic perfusion during delayed, hypotensive, or aggressive fluid resuscitation from uncontrolled hemorrhage [J]. Shock, 2003, 20(5): 476-480.
[2] 刘良明. 战伤休克早期液体复苏新方法与新策略[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(12): 913-915.
[3] 高劲谋. 多发伤和创伤评分[J]. 中华创伤杂志, 2007, 23(3): 161-163.
[4] Voggenreiter G, Neudeck F, Aufmkolk M, *et al*. Operative chest wall stabilization in flail chest-outcomes of patients with or without pulmonary contusion [J]. J Am Coll Surg, 1998, 187(2): 130-138.

(编辑 汪勤俭)

文章编号:1000-5404(2008)18-1771-02

经验交流

^{90}锶敷贴预防甲状腺手术切口疤痕增生的效果探讨

杨桂芝[1],华彩群[2],王亚敏[1] (柳州医学高等专科学校:[1]护理系,[2]第二附属医院核医学科,广西 柳州 545006)

2004年1月至2006年10月在我校第二附属医院行甲状腺手术后的患者1 046例,我们将526例在甲状腺手术后切口经^{90}锶敷贴治疗的作为观察组,520例甲状腺手术后因各种原因未进行^{90}锶敷贴治疗的患者作为对照组。结果显示运用^{90}锶敷贴的526例患者进行预防性治疗甲状腺术后疤痕增生,疗效显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 治疗仪

Sr-90/y-90皮肤敷贴器由中国原子能科学研究院同位素研究所提供。方形,活性区尺寸:20 mm×20 mm,吸收剂量率(Gy/s):3.1×10^{-2},每年定期进行一次吸收剂量率(衰变)校正。

1.2 研究对象

1 046例患者均于2004年1月至2006年10月在我校第二附属医院行甲状腺疾病手术后的患者,526例患者术后进行了^{90}锶敷贴治疗,预防增生性疤痕的形成,男性61例,女性465例,最大的62岁,最小的15岁;其余520例是未用^{90}锶敷贴治疗的患者。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法 两组患者手术方式均为颈丛麻醉下行甲状腺次全切除术,行美容线缝合切口;麻醉方式、术后护理、观察疗效的时间均一致。对照组按甲状腺术后常规治疗;观察组在常规治疗的基础上,于术后第3天切口无渗液、渗血后开始

作者简介:杨桂芝,女,河北省青龙县人,副教授,主要从事护理学方面的研究,发表论文18篇。电话:(0772)2614073,E-mail:yangguizhi55@163.com

收稿日期:2008-04-22;修回日期:2008-07-02