文章编号:1000-5404(2008)14-1395-02

经验交流

# 223例胸部创伤的院内早期救治

王希龙,姚元章,刘朝普,蒋耀光,黄显凯,张连阳 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所创伤外科,全军战创伤中心,重庆 400042)

本研究对2005年1月至2007年12月我科收治的223例胸部创伤的治疗情况进行回顾性分析,以探讨胸部创伤的早期临床救治。

## 1 资料与方法

本组223例,男性172例,女性51例;年龄7~74岁,平均35.2岁。损伤机制:交通伤117例、高处坠落伤53例,锐器伤29例,爆炸伤7例,枪弹伤4例,跌伤9例,其他4例;辅以胸片、超声及CT相关检查,2006年1月后64排螺旋CT诊断胸部伤120例。伤情及损伤部位:肋骨骨折183例(连枷胸27例),胸骨骨折9例,肩胛骨骨折27例,锁骨骨折47例,血气胸117例,肺挫伤174例,肺裂伤25例,心脏及大血管伤2例,气管裂伤1例;合并创伤失血性休克43例、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)27例;多发伤133例,ISS评分9~54分,平均24.6分。

治疗措施:ICU监护65例,机械通气支持27例。非手术治疗189例中,应用胸腔闭式引流163例;胸壁固定142例,其中弹性胸带固定127例,肋骨护板固定3例,外部牵引加呼吸末正压固定连枷胸2例,手术固定10例。有7例患者(肋骨骨折超过3根者)应用持续硬膜外镇痛。紧急剖胸术34例,控制大出血27例,肺裂伤处理13例,心脏异物摘除1例,膈肌破裂修补5例,同时行肋骨内固定7例(肋骨钉固定4例),膈肌修复5例,气管修复1例,胸骨内固定3例(胸骨钉固定1例)。其他手术90例。

## 2 结果

本组120例64排螺旋CT检查者,平均时间8 min;非手术治疗中,治愈率98.94%(187/189),病死率1.06%(2/189),1例死于急性肺挫伤并ARDS,1例死于重度颅脑损伤;胸管引流及胸壁固定应用率分别为73.09%、63.68%。紧急剖胸术(emergency thoracotomy, ET)11.66%;术后存活率为76.47%(26/34),其中急诊室ET存活率16.67%(1/6),死亡5例(均为钝性伤),均死于无法逆转的循环呼吸衰竭,存活1例为心脏穿透伤;手术室ET存活率89.29%(25/28),2例因严重失血性休克死亡,1例术后并发MODS死亡。其他手术存活率为100%。

## 3 讨论

### 3.1 胸部创伤的诊断

胸部创伤病情重且多合并多发伤,速度是多发伤救治的灵魂,"黄金时间"的概念要求缩短创伤到确定性手术的时间[1]。我院自2006年应用64排螺旋CT后,缩短了胸部创伤检查时间,如本组120例胸伤CT检查的平均时间为8 min(包括路途),有利于骨骼、肺、气管、心脏及其大血管损伤的快速识别,降低漏诊率。本组有58例同时行胸部前后位平片,CT发现了13例平片未显示的肋骨骨折(多数为上3肋和下3肋),明确诊断肺挫裂伤和肺内血肿(19例)、肺不张(24例)、纵隔血肿(7例)、纵隔积气(8例);对于血气胸、皮下气肿的程度或范围更为准确。建议对于胸部钝性伤,有条件时应首选64排螺旋CT扫描,提高诊断水平,缩短检查时间,提高早期救治效果[2];无64排CT的医院,也建议行胸部能量减影或胸部CT三维成像检查,以提高救治水平。

### 3.2 胸部创伤的救治

大多数胸部创伤经胸腔引流术结合其他措施可保守治愈,但部分患者仍需紧急剖胸术挽救生命,如解除心包压塞、控制胸内大出血、预防全身性空气栓塞及支气管胸膜瘘、开胸心脏按压、横形钳夹降主动脉和控制膈下出血[3]。控制出血是ET最常用的操作,本组血胸26例,出血量在1 100~5 000 ml,其中控制心脏及大血管出血如同"关掉水龙头"[4]。肺损伤是本组最多见的脏器损伤,手术修复原则上尽量保留正常肺组织以降低死亡率。由于ET死亡率较高,其适应证及伴随的风险等存在争议,尤其是钝性伤,但对胸部穿透伤及时行ET是唯一挽救生命的措施[3]。本组资料术后存活情况看,胸部穿透伤者手术成功率较高,对于生命征存在者,如情况允许应在条件较好的手术室进行ET,较急诊室ET的存活率理想;从术后死亡率的分析看,对心跳呼吸停止的胸部钝性伤者ET是无意义的。

### 3.3 胸部创伤的镇痛

胸部创伤常导致剧烈胸痛,持续时间长,患者不能有效地咳嗽、排痰,致使通气功能降低,容易发生肺部感染、肺不张等,导致死亡率增加,WHO已将疼痛作为第五大生命体征[5],但临床医师并未给予足够的重视。本组有7例患者(肋骨骨折超过3根者)应用持续硬膜外镇痛,虽然未明确胸部创伤后疼痛与死亡的关系,但较口服或静脉给药镇痛效果明显,咳嗽、咳痰反应及血氧饱和度监测等明显改善。有研究表明创伤后呼吸循环并发症都可能与创伤疼痛应激有关,持续硬膜外用药能减轻或防止这种反应,是安全有效的镇痛方法[6],可降低肺挫伤的死亡率、缩短机械通气的时间[7]。

### 3.4 肺挫伤的治疗

肺挫伤后12~24 h内呈进行性发展,容易导致肺部感染和ARDS,其治疗需要综合考虑。并发胸廓骨折的患者须胸壁固定,减轻胸痛促进肺功能的恢复,尤其是连枷胸时固定胸壁消除反常呼吸运动能减少死亡。本组胸壁固定142例,我们认为手术固定效果最佳,新型固定材料的应用使胸壁固定更简便有效,且较传统方法对呼吸循环影响小。当患者$p(O_2)$<

作者简介:王希龙,男,甘肃省古浪县人,硕士研究生,主治医师,主要从事普通外科及创伤救治方面的研究。电话:(023)68757990
通信作者:张连阳,电话:(023)68757991
收稿日期:2008-01-03;修回日期:2008-04-21

60 mmHg、肺内分流≥25%时,应尽早给予机械通气,本组27例,除1例外均治愈出院,对严重肺挫伤合并ARDS是有效的治疗,能减少死亡率的发生[8]。严重肺挫伤后肺泡膜通透性增加,过量补液会加重肺水肿,在保证血容量足够、血压稳定的前提下,减少晶体的摄入量,适量应用白蛋白、血浆及全血,使出入液量呈轻度负平衡(-1 000 ~ -500 ml);另外应用肾上腺糖皮质激素和速尿可利于早期肺挫伤的恢复。

综上所述,64排CT可快速准确的诊断胸部创伤,ET是胸部创伤后重要而有效的生命救治措施,但要严格掌握其适应证;重视镇痛及肺挫伤的治疗,可减少胸部创伤并发症及死亡率。

**关键词**:胸部创伤;早期救治;肺挫伤
**中图法分类号**:R655.05 **文献标识码**:B

## 参考文献:

[1] 张连阳. 努力提高多发伤救治速度[J]. 中华创伤杂志, 2007, 23(4): 241-243.
[2] 张连阳, 姚元章, 王希龙, 等. 钝性胸部伤早期救治中64排螺旋CT的应用[J]. 创伤外科杂志, 2008, 10(1): 25-27.
[3] Hunt P A, Greaves I, Owens W A. Emergency thoracotomy in thoracic trauma-a review[J]. Injury, 2006, 37(1): 1-19.
[4] Soreide K, Soiland H, Lossius H M, *et al*. Resuscitative emergency thoracotomy in a Scandinavian trauma hospital-is it justified? [J]. Injury, 2007, 38(1): 34-42.
[5] Merboth M K, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign [J]. Nurs Clin North Am, 2000, 35(2): 375-383.
[6] Simon B J, Cushman J, Barraco R, *et al*. Pain management guidelines for blunt thoracic trauma[J]. J Trauma, 2005, 59(5): 1256-1267.
[7] Bulger E M, Edwards T, Klotz P, *et al*. Epidural analgesia improves outcome after multiple rib fractures[J]. Surgery, 2004, 136(2): 426-430.
[8] 蒋耀光. 胸部创伤诊治的进展[J]. 创伤外科杂志, 2003, 5(5): 321-324.

(编辑 汪勤俭)

# 个案与短篇

文章编号:1000-5404(2008)14-1396-01

## 聋哑患者验光交流技巧

王 科,周素君,刘 波,余琼武,陈 利 (第三医大学西南医院全军眼科中心,重庆 400038)

语言交流是人们生活中广泛应用的交际工具,是检查与治疗的主要手段。聋哑人由于听觉功能和语言功能部分或全部丧失,与他人的沟通存在一定的障碍,视觉就能成为他们感受外界最直接的工具。如果聋哑人出现了视觉障碍,就会使其与外界的交流变得更困难[1]。为聋哑患者验光是验光师面临的一项挑战,现将我们在工作中积累的经验报告如下。

### 1 资料与方法

2007年来我院验光的聋哑患者共5例,男性2例,女性3例,年龄13~60岁,验光后配镜3例。检查前了解患者基本情况:包括是否识字、是否会手语、验光目的、裸眼视力、眼部情况等。

用电脑验光仪及检影镜检影进行客观验光。用综合验光仪进行规范主觉验光。主觉验光采用一问一答的方式,通过手语、口语及书面语言与患者进行交流。检查视力时,检查者可站在视力表前用笔依次指视标,让患者用手分别指上、下、左、右方向;对散光、球镜进行精确调整时,患者树起大拇指表示"好",树起小拇指表示"不好";对老年患者了解其工作性质及阅读习惯,根据阅读距离给予合适的近附加度数。

检查结束后通过手语及书面报告告知检查结果,配镜者给予试戴,以配戴后舒适、清晰、持久的度数为最后的配镜处方。

### 2 结果

屈光度+0.75 ~ -11.50D,矫正视力0.3~1.2。青少年患者矫正视力好,3例配镜后达到预期效果,2例老年患者因合并白内障、眼底病变等眼科疾病,矫正视力提高不明显,建议手术或低视力验配。

5例患者对我们的服务满意率100%。

### 3 讨论

手语是聋哑人交流的最主要语言,手势与其他非语言行为结合起来可以代替语言信息。验光师即使未受过正规手语训练,但可了解患者惯用的语言表达方式,在与其交流过程中,学习观察、看懂简单口型、掌握简单的手语,在面对聋哑患者时就不会手足无措,并能取得患者的信任和配合,以达到最佳的检查效果。

屈光不正的检查包括客观验光和主觉验光,通过客观验光首先取得眼睛屈光不正的度数,作为主观验光的基础得到事半功倍的作用[2]。主觉验光通常在客观验光基础上进行精细调整,可放松调节、获得双眼调节平衡,并达到最佳矫正视力。客观验光只需要让患者注视固定的目标就能完成,主觉验光则需要医患良好的沟通,面对聋哑患者验光师必需学会运用手势语、口语及书面语言相结合来进行交流。

**关键词**:聋哑;验光;交流
**中图法分类号**:R770.42 **文献标识码**:B

## 参考文献:

[1] 郭静伟, 王咏梅, 闫秋丽, 等. 2例视觉障碍聋哑患者的护理[J]. 现代护理, 2007, 13(5): 477-478.
[2] 汪瑞娟, 秦 波, 黄先进, 等. 翼状胬肉眼使用电脑验光和视网膜检影测定散光的对比研究[J]. 国际眼科杂志, 2007, 7(4): 1184-1185.

(编辑 汪勤俭)

**作者简介**:王 科, 女, 重庆市人,技师。电话:(023)68765143
**通信作者**:周素君,电话:(023)68765143
**收稿日期**:2008-05-13;**修回日期**:2008-06-19