· 短篇论著 ·

33 例创伤性膈疝的诊断与治疗分析

邱 晋,郭国宁,任小宝,王庭刚,徐华超 (第三军医大学西南医院急救部,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 总结分析 33 例创伤性膈疝患者的诊断及治疗经验。**方法** 回顾分析 2005 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 33 例创伤性膈疝患者病历资料,探讨诊断方法、手术原则及切口选择。**结果** 33 例患者中,术前通过病史、体征、辅助检查确诊有 25 例(75.8%),高度怀疑术中探查确诊的 8 例(24.2%),其中在转入 15 例中院外误诊、漏诊 10 例(66.7%)。入院后均在 72 h 内明确诊断及手术,手术径路选择腹部切口 19 例(57.6%),胸部切口 10(30.3%),采用胸腹联合切口 4 例(12.1%)。**结论** 创伤性膈疝临床表现缺乏特异性,大多合并多部位严重损伤或休克,故容易误诊漏诊。因此,早期正确诊断是其治疗的关键,手术是其唯一的确定性治疗方法。

[关键词] 创伤性膈疝;诊断;治疗

[中图分类号] R614 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2012)03-0294-02

Diagnosis and treatment of traumatic diaphragmatic hemia in 33 patients

QIU Jin, GUO Guo-ning, REN Xiao-bao, WANG Ting-gang, XU Hua-chao (Department of Emergency, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To summarize the diagnosis and treatment of traumatic diaphragmatic hemia in 33 Patients. Methods Retrospectively analyzed the clinical data of 33 cases of traumatic diaphragmatic hemia, and the diagnosis methods, surgical principles and incision selection were discussed. **Results** Among the 33 patients, including 10 cases(66.7%) misdiagnosed by other hospital from the 15 transferred cases, 25 cases(75.8%) were confirmed through medical history, signs, laboratory examinations before operation, 8 highly suspected cases(24.2%) were confirmed through operation. And all the cases were diagnosed and operated within 72 hours. Of all the surgical approaches, there were abdominal incision 19 cases (57.6%), chest incision 10 cases(30.3%), thoracoabdominal incision 4 cases (12.1%). **Conclusion** Because of the lack of clinical specificity and the combination of serious multi-location injury or shock, traumatic diaphragmatic hernia is often misdiagnosed. As a result, early diagnosis is the key to the treatment and surgery is the only deterministic treatment of traumatic diaphragmatic hernia.

Keywords: traumatic diaphragmatic hernia; diagnosis; treatment

创伤性膈疝是由多种原因直接或间接暴力创伤致膈肌破裂、腹腔内脏器进入胸腔所引起的疾病,常常因合并有其他部位的严重损伤,加之缺乏特异性临床表现,所以容易造成误诊或漏诊[1]。如不能及时诊断与治疗,死亡率较高。本院 2005 年 1 月至 2010 年 12 月收治 33 例创伤性膈肌破裂患者,本文就其诊断与治疗分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 33 例,其中男 25 例,女 8 例,年龄 19 ~ 65 岁,平均 46 岁。致伤类型:交通事故伤 12 例,高空坠落伤 10 例,挤压伤 8 例,锐器贯通伤 2 例,钝物撞击伤 1 例。伤后 1 ~ 72(12.6 ± 5.8) h 内急诊入院诊断为开放性损伤 4 例,闭合性损伤 29 例;右侧膈疝 5 例,左侧膈疝 28 例。本组 33 例合并颅脑外伤 3 例,多发肋骨骨折血气胸肺部挫裂伤 27 例,胃肠损伤,肝脾破裂 16 例,骨盆脊柱四肢骨折 18 例,失血性休克 22 例(66.7%),其中合并 2 种或以上损伤 28 例(84.9%)。

1.2 方法

首先询问病史,再查体,查患者胸部症状一般都有胸痛、呼吸困难、胸廓活动度减少、呼吸音减弱或消失;腹部症状有腹痛、腹胀、恶心、呕吐等,上腹部空虚感且左右不对称,呈"舟状腹"。多发损伤患者除合并伤的表现外,创伤严重者多有血压下降,呼吸、心率增快,皮肤湿冷等休克表现。然后进行辅助检查:彩超、X 线胸片、上消化道钡餐检查、MRI、CT 检查等,若有腹腔内脏器进入胸腔的征象即可确诊。本组行剖胸膈肌修补 10 例,剖腹膈肌修补 19 例,胸腹联合切口膈肌修补 4 例。手术探查后,均证实有膈肌破裂,腹腔脏器进入胸腔。手术首先处理危及生命的合并伤如腹腔内脏器破裂或血管的大出血,严重颅脑损伤,然后还纳疝入胸腔的腹腔脏器,还纳腹腔脏器前应

[作者简介] 邱 晋(1972 -),男,重庆市人,主治医师,硕士,主要从事创伤及创伤并发症方面的研究。电话:023(68765653)

[通讯作者] 任小宝,E-mail:Rxb1000@sohu.com

[收稿日期] 2012-01-05 [修回日期] 2012-02-01

注意疝入胸腔的腹部脏器间及与胸部组织的粘连的分离,注意剪除失活组织。修补膈肌破裂口时,可以使用7 号或 10 号丝线间断或间断褥式全层方式缝合。若膈肌破裂口过大不能够缝合,可以使用涤纶补片、钛网、阔筋膜等修补。

2 结果

本组 33 例术前通过病史、体征、辅助检查确诊有 25 例(75.8%),高度怀疑术中探查确诊 8 例(24.2%),其中院外转入 15 例中误诊、漏诊 10 例(66.7%)。入院后无 1 例超过 72 h 明确诊断及手术治疗。手术径路的选择选胸部切口 10 例(30.3%),腹部切口 19 例(57.6%),采用胸腹联合切口 4 例(12.1%)。手术治疗后全部痊愈,无因膈疝产生的并发症。

3 讨论

膈为一向上隆凸的薄肌,将胸腔与腹腔分隔,所以也是胸腹腔之间的重要屏障组织结构,随着膈肌与胸廓协调运动产生呼吸活动,所以也是重要的呼吸肌。在膈肌右侧下面主要有肝脏及肾脏,膈肌左侧下面主要有肝左外叶、脾脏及胃肠脏器。正常生理状况下,胸腔与腹腔之间存在压力差,胸腹腔间压力差大约在 1 ~2 kPa,在深吸气时可达 10 kPa 左右[2]。但是在创伤状况下引起的腹内压升高突然,或者腹内压升高较大,以及声门来不及关闭,胸腹腔的压力差会在瞬间显著增高,导致膈肌瞬间被动活动,超出膈肌正常运动度,使其紧张部撕裂[3]。在膈肌破裂后,腹腔内脏器从膈肌破裂处进入胸腔形成膈疝。在我们收治的 33 例膈疝病例中左侧膈疝占84.9%。这可能由于膈肌右下方是肝脏肾脏实质脏器,而左膈肌下方是胃肠等空腔脏器的原因。在创伤状况下导致腹内压升高突然时,腹腔压力向上传导于相对空虚的膈肌左侧。这与临床上报道的创伤膈疝多见于左侧是一致的[4]。

创伤性膈疝早期正确诊断是其整个治疗的关键,将直接影响治疗效果,一般根据病史、症状、体征、辅助检查等方法能确诊大多数病例。本组术前依据上述方法诊断创伤性膈疝术中确诊 25 例,8 例术中探查确诊。究其原因可能有:①创伤后不是每个病例症状体征都典型[5];②辅助检查不能肯定出现创伤性膈疝特征;③膈肌升高是创伤性膈疝最常见的特征,膈肌升高的原因很多[6],但不是每个病例的膈肌升高都是膈疝。在院外转入 15 例中误诊、漏诊 10 例。创伤性膈疝的误诊、漏诊原因可能有:①急性创伤性膈肌破裂复杂多变,病情危重,特别是合并有颅脑、胸腹部、四肢等的多发伤常掩盖其临床症状[1]。在我们收治 33 例中失血性休克 22 例,其中合并 2 种或以上损伤 28 例。②急性创伤性膈肌破裂的裂口可能先是一小裂口,在医疗活动中裂口渐渐增大,随后腹腔内的组织和器官凸入胸腔,我们缺乏一个连续性观察。③胸腔内的病变掩盖了创伤性膈疝的诊断,如胸腔内积液、积血、凝固性血胸、肺不张等常常影响我们的判断。④开放性胸腹部损伤我们做了剖腹或剖胸探查术或胸腔闭式引流术,没有探查膈肌情况。创伤性膈疝的诊断根据病史、症状、体征和辅助检查是不困难,关键是我们在医疗活动中是否想到,也即是“不是没有观察到就怕是没有想到”[7-8]。

手术是创伤性膈疝的唯一确定性治疗方法,也是确诊创伤性膈疝的手段。因此创伤性膈疝一旦明确诊断或高度怀疑,在生命体征须相对稳定情况下应及时手术治疗。选择一种手术入路,要看具体病例[7-8]。我们认为剖胸术适合膈疝相对小、没有腹腔内的组织和器官损伤的、有大量胸腔内积液、肺不张、膈疝时间长、疑有疝内容物与胸内粘连;反之剖腹。胸腹联合切口适合胸腔内积液、凝固性血胸、肺不张或膈疝时间长、疑有疝内容物与胸内粘连合并有腹腔内损伤,如肝脾破裂胃肠损伤等。手术切口的选择根据具体病例临床表现确定[9],术中注意切除失活组织,止血、修补破裂脏器,还纳疝入胸腔的腹腔脏器,膈肌裂口采用 7 号或 10 号丝线间断褥式全层或间断缝合。

[参考文献]

[1] 王 启,任清泉,杨 扬. 闭合伤致膈肌破裂的诊断与治疗[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2010,17(2):175.

[2] 全文斌. 28 例创伤性膈疝临床治疗体会[J]. 中国现代药物应用,2010,4(8):53 -54.

[3] 吴 旭. 创伤性膈肌破裂[J]. 创伤外科杂志,2009,11(4):369 -361.

[4] Lisa R, Walchalk MD, Stephen C, et al. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic rupture[J]. J Emergency Med,2008,5(1):1 -4.

[5] Rosati C. Acute traumatic injury of the diaphragm[J]. Chest Surg Clin North Am,2008,8(2):371 -379.

[6] 刘晋梁,李克耀,赵 辉. 成人先天性膈肌膨出症七例的临床分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志,2010,17(5):435.

[7] Hanna WC, Ferri LE, Fata P, et al. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years[J]. Ann Thorac Surg,2008,85(3):1044 -1048.

[8] 谢 雷,王明刚. 创伤性膈疝 29 例诊治体会[J]. 山东医药,2010,50(19):96 -97.

[9] 金勇军. 创伤性膈肌破裂 18 例诊治分析[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2009,2(1):48 -50.

(编辑:邓钰琳)