维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 1

·论 著·

腹部闭合性损伤致小肠破裂38例诊治体会

王高生，叶 宁 （安徽省立医院安徽急救医学中心急诊外科，安徽 合肥 230001）

［摘 要］ **目的** 总结腹部闭合性损伤导致小肠破裂的诊治经验。**方法** 对38例腹部闭合性损伤导致小肠破裂的临床资料进行回顾性分析。**结果** 小肠1处破裂34例，破裂两处及以上4例，合并肝脾破裂1例，肋骨骨折2例，大肠破裂1例，骨盆骨折和腰椎骨折各1例，胰腺挫伤1例。本组均行手术治疗，治愈35例，死亡3例，术后并发切口感染8例，早期粘连性肠梗阻1例。**结论** 早期诊断，及时手术，重视整体治疗是提高治愈率，减少并发症，降低死亡率的关键。

［关键词］ 小肠破裂；腹部损伤；诊断；治疗
［中图分类号］ R274.34 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042(2007)01-0001-02

Diagnosis and treatment of 38 patients with small intestine rupture caused by closed abdominal injury

WANG Gao-sheng, YE Ning (Department of Emergency Surgery, Medical Emergency Center of Anhui Provincial Hospital, Hefei 230001, China)

Abstract: Objective To improve the level of diagnosis and treatment to the small intestine rupture caused by closed abdominal injury. **Methods** Retrospective analysis was carried in 38 patients with small intestine rupture caused by closed abdominal injury. **Results** This group of patients was treated with operation. 35 cases were cured and 3 cases were dead. 8 cases were complicated with incision infection, 1 case with early adhesive intestine obstruction. **Conclusion** It is much key to raise the cure rate, decrease the complications and reduce the death rate by early diagnosis, prompt operation and attention to whole treatment.

Keywords: small intestine rupture; abdominal injury; diagnosis; treatment

腹部闭合性损伤中，小肠及其系膜的损伤率仅次于肝脾创伤[1]，如不能及时的诊断和治疗，常发生严重的后果。在临床上，腹部闭合性损伤小肠破裂延误诊治和处理不当的情况时有发生。我科从2001年1月至2006年12月共收治腹部闭合性损伤小肠破裂38例，通过对其诊断和治疗的分析现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组38例均为腹部闭合性损伤所导致的小肠破裂，男31例，女7例，年龄15～69岁，平均37岁。其中撞击挤压伤19例，车祸伤13例，高空坠落伤4例，其他伤2例。伤后至入院时间，最短20 min，最长4 d。全部病例均有不同程度的腹痛腹胀，有典型腹膜炎征象30例，有休克表现7例，X线腹部立位片见膈下游离气体21例，腹穿抽出淡黄色液体33例。

1.2 治疗方法

本组病例均急诊手术治疗。其中单纯肠修补29例，肠部分切除吻合8例，肠造瘘1例。术中对伴发脏器伤施行相应的手术治疗。术前术后应用大量广谱抗生素，术中反复冲洗腹腔，放置腹腔引流管。

［作者简介］ 王高生(1973－)，男，安徽省潜山县人，学士，主治医师，主要从事急诊外科临床和基础方面的研究。电话：(0551)2283597

［收稿日期］ 2006－10－11 ［修回日期］ 2007－01－01

2 结果

手术探察发现十二指肠破裂5例，小肠1处破裂34例，破裂两处及以上4例。合并肝脾破裂1例，肋骨骨折2例，大肠破裂1例，骨盆骨折和腰椎骨折各1例，胰腺挫伤1例。治愈35例，死亡3例，其中2例死于感染性休克，1例死于严重多发伤。术后并发切口感染8例，早期粘连性肠梗阻1例，均经保守治疗痊愈。

3 讨论

3.1 受伤机理

由于小肠及其系膜在腹腔中分布广、容积大，位置相对表浅，互相紧密相连并紧贴腹壁，缺乏坚固组织的保护。当突然遇外力作用于腹部时，易致小肠损伤破裂穿孔。引起小肠破裂的外力可以是直接暴力的撞击、挤压，当外力直接作用腹壁时，将肠袢挤压于脊柱椎体或骶骨岬上造成肠破裂。也可以是间接暴力，如摔倒、坠落、突然用力或快速运动时突然中止，往往引起相对固定的肠段，如空肠起始段和回肠末段的损伤。当暴力突然施加于充满液体的小肠引起腔内压力骤升时，肠腔内的液体或气体在曲折的肠袢间一时无回旋余地，也容易在这些部位发生胀裂[2]。

肠管破裂后肠内容物不断流入腹腔，导致弥漫性腹膜炎，使腹腔内的组织尤其是肠壁发生水肿、渗出，

维普资讯 http://www.cqvip.com

甚至出血。此时患者可出现恶心,呕吐,发热等症状。大量的体液丢失,以及细菌毒素的吸收,使机体内环境发生了一系列变化,如不及时处理,可导致病人感染性休克和多器官功能衰竭而死亡。

3.2 诊断

早期正确诊断是提高腹部闭合性损伤小肠破裂救治成功率,降低病死率的关键。对腹部闭合性损伤小肠破裂尤其早期破裂口较小,肠内容物或大网膜堵塞裂口,或破裂口位于腹膜外,肠内容物暂时不外溢,要早期明确诊断是比较困难的。因此,根据病情缓急,采集病史、检查及治疗应穿插进行。详细询问受伤的时间,及病人受伤后的反应,仔细分析受伤情况,受力性质和作用方式及受力部位。如有明显外伤史,伤后即开始出现腹痛,查体有明显腹膜炎体征者,可明确诊断。动态观察反复多部位的腹腔穿刺,是损伤小而敏感性很强的诊断方法。本组阳性率达87%。腹腔穿刺阴性结果亦不能完全否定诊断,可进一步行腹腔灌洗以明确诊断。如仍不能确诊,可进行以下检查:①腹部X线 如发现膈下有游离气体可作为确诊腹内空腔脏器穿孔的依据,X线阴性也绝不能轻易否定。②腹部B超 B超检查不仅对肝脾等实质性脏器损伤的诊断准确率高,而且对腹腔有无积血(液)特别敏感。③血液化验 如发现红细胞,血红蛋白降低,红血球压积下降等应考虑合并其他脏器损伤大出血的可能。④剖腹探查 剖腹探查既是诊断手段又是治疗方法。

单纯腹部闭合伤多见于钝器伤、挤压伤、车祸伤,肠破裂主要有腹痛、腹膜刺激征,腹腔穿刺可抽出黄色或血性混浊液体,应与腹壁挫伤鉴别。腹壁挫伤在安静休息时减轻,腹肌收缩时加重,病情有逐渐减轻的趋势,而肠破裂时疼痛与腹肌收缩关系不大,病情多呈进行性加重[3]。

3.3 治疗

外伤性肠破裂的治疗越早效果越好,预后与治疗早晚直接相关,只要确诊均需及早手术。小肠破裂的最佳手术治疗时间为伤后2~4 h,以后每延长4 h其死亡率将增加15%,尤其是老年患者[4]。对于不能确诊,而高度怀疑小肠破裂的病人,应进行严密观察,如果有下列情况之一者应果断进行剖腹探查:持续性或进行性加重的腹痛、腹胀、恶心、呕吐等胃肠道症状;腹膜刺激征进行性加重或范围逐渐扩大;腹腔穿刺或腹腔灌洗阳性;腹部X线发现膈下有游离气体或腹部B超,CT提示有气腹征;持续性低血压不能用腹部以外损伤的原因解释;直肠指检发现前壁压痛或波动感或指套血染。

手术以简单修补为原则,尽量缩短手术时间,遵循保命第一,保全器官第二的原则。术前积极输液、抗休克,术中探查要全面,不要满足于已有发现而遗漏其他部位的损伤,尤其十二指肠损伤不要遗漏,应顺序检查十二指肠、小肠、结肠。助手应该将检查过的肠袢随时送入腹腔,避免肠袢暴露时间过长而加重休克。探查明确小肠破裂也不能满足于"一孔之见",有时可能发生多处肠破裂或合并肠系膜撕裂。损伤位于小肠壁对系膜侧可行荷包缝合,或横形缝合修补,对于肠系膜缘的裂伤一定要仔细观察对系膜缘血运是否良好,有下列情况之一者可将该段小肠切除,然后行端端吻合:肠管破口大或破口周围有严重的炎症,修补后不易愈合;一段肠管有多处损伤且相距较近,修补后有狭窄可能;肠袢有严重挫伤,肠壁已失去活力;肠系膜同时受累造成血供障碍有可能发生肠坏死;肠系膜或肠壁已有出血梗死现象。

手术治疗中必须注意以下几个问题:对合并腹腔内脏器出血者,应先处理出血脏器伤,再修复肠管;肠修补或肠切除吻合,避免造成肠管狭窄;对于小肠广泛性损伤或肠系膜损伤,肠壁广泛缺血坏死者必须尽量保留小肠的长度,以防短肠综合症的发生;术中发现肠管炎性水肿,肠腔扩张明显者,应先行肠减压,以防修补处或吻合处再破裂;肠破裂病人都有严重腹腔污染,必须有效防止肠粘连的发生,包括改进外科技术,减少医源性损伤,合理应用抗生素,彻底冲洗腹腔,有效腹腔引流[5-6]。同时也要重视全身情况和合并伤的治疗,包括术前充分准备,积极抗休克,治疗合并伤,合理应用抗生素,注意水电解质及酸碱平衡,加强营养支持,鼓励病人早期下床活动以防肠粘连的发生。这些整体治疗可以提高手术的成功率,降低死亡率,减少并发症的发生。

[参考文献]

[1] 戴植本.关于腹部创伤诊治中的几点建议[J].腹部外科,1998,11(2):49.

[2] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2000.965-966.

[3] 刘权溢,曾青磊.闭合性腹部损伤的早期诊断和治疗[J].医学信息杂志,2003,16(4):202-203.

[4] 钱 礼.腹部外科学[M].第2版.上海:上海科技出版社,1984.364.

[5] 曹文刚.腹膜粘连的发生及其预防策略[J].中国实用外科杂志,2003,22(3):181.

[6] 赖湘群,丘清宁.腹部创伤126例诊治分析[J].局解手术学杂志,2005,14(4):233-234.

(编辑:蒋登金)