维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 1

腹部外伤610例分析

黄益凡* 王彩霞* 孙承文**

【摘 要】 目的 分析腹部创伤610例的临床资料。方法 分析了10年来收治的腹部创伤610例的临床资料。结果 多发伤占68%。闭合伤568例,开放伤42例。半数来院时已休克,剖腹手术536例(凡腹部穿刺阳性或体征明显可考虑剖腹),总死亡率8.8%。腹膜已破的穿透伤大多行手术,因胃肠伤污染时间延长造成的危害远大于阳性探查。肝后静脉损伤为腹外伤治疗的难题,填塞止血法仍为一可取的选择。结论 腹部外伤应早期诊断,早期治疗。

【关键词】 腹部;外伤

Clinical analysis of abdominal injury in 610 cases *Huang Yifan, Wan Caixia, Sun Chenwen. General Employee's Hospital, Shenhua Group Zhungeer Energy Co. Ltd, Erdupsi* 010300

【**Abstract**】 **Objective** To analyze the clinical data of 610 cases of abdominal injury. **Methdos** A total of 610 cases of abdominal injury admitted in the past 10 years were analyzed retrospectively. **Results** Among these cases multiple injury accounted for 68%, among those 568 cases were closed wound and 42 were open wound. About half of the cases were in shock condition at admission. In cases of trauma of abdomen or signs of acute abdomen, laparotomy might be considered and 536 cases were operated totally. Operation was performed in most cases of penetration of peritoneum. The danger caused by prolonged contamination due to gastrointestinal injury was more severe than those caused by explorative operation. Management of injuries of retrohepatic veins continued to be a difficult problem and hemostasis with packs might be a valuable technique for choice. **Conclusion** Early diagnosis and treatment is essential in cases of abdominal injury.

【**Key words**】 Abdomen; Injury

1992年3月至2002年3月,我院收治腹部外伤610例。本文重点就多发伤时的腹部伤及腹部多脏器伤的救治进行讨论。

资料与方法

一、临床资料

本组腹部外伤共610病例,男528例,女82例。年龄7~74岁。车祸伤34%,坠落伤17%,斗殴伤41%,余为撞砸伤等。钝性损伤568例,穿透性损伤42例。多发伤占68%,最多伤及8个脏器。腹部脏器伤的发生率为脾36%、肝29%、大小肠23%,肾17%,胃、膈、腹部血管各约10%,其余脏器伤较少。多发伤部位为胸部60%,骨关节41%,颅脑23%,余为颌面部及软组织等。

二、治疗方法

保守治疗病例多为挫伤,或B超、CT所见的肝、脾小血肿、轻度挫伤及受伤24 h后来院而病情稳定者。536例行手术治疗。

结 果

失血量3 000 ml以上的93例,存活63例,其中最大失血量12 000 ml。来院血压为0者46%存活。早期手术因漏诊5例,因处理失当3例。术后并膈下或肠间脓肿9例,均引流后治愈。粘连性肠梗阻3例,行手术松解。胆、胰瘘各5例均经引流自愈。死亡率为8.8%,主要死因为失血性休克(50%),死于手术前后各10例,术中11例,另死于术后MSOT 10例,感染并发症3例,死于合并伤者为脑伤13例,胸伤2例。

讨 论

一、诊断

腹部外伤的早期确诊有时比较困难,尤其是在腹部外伤中的闭合伤,其诊断及处理均较开放伤困难。一方面,因闭合伤多由钝性暴力引起,致伤因素和机制

* 作者单位:010300 内蒙古鄂尔多斯市准格尔旗神华集团准格尔能源有限公司职工总医院
** 平庄矿务局职工总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

复杂，临床表现多种多样，而且有鲜明的"时相性"特点，常需连续密切观察伤情变化才能作出判断。另一方面，约1/3病例早期可无明显的临床表现，或因其它部位的严重伤情使患者处于休克或昏迷状态，从而掩盖了腹部表现。还可因假象导致忽略腹内伤的存在（如截瘫）。这些情况无疑会影响腹部闭合伤的早期正确诊断。据我院已往临床资料分析于入院时作出正确诊断者仅占50 %左右，随着B超、CT等广泛应用，诊断正确率逐渐提高，但仍有20 %的病例在手术中方才明确。本文认为，1.休克病例不容过多辅助检查，常仅靠病史、体征及腹腔穿刺即需作出是否应紧急剖腹的判断，脏器准确定位则非绝对必要。腹穿应反复及多部位进行，以提高阳性率和排除骨盆骨折腹膜后血肿所致假阳性。穿刺阴性但有腹部体征或休克不能用外失血和血胸等解释时，应进一步作诊断性腹腔灌洗。常规导尿是休克监测项目，如发现血尿或插管障碍、注水或造影等，又可提示泌尿系损伤的诊断。骨盆骨折时应作肛诊检查。病情允许时X线检查可发现气腹和膈疝，肋骨、腰椎或骨盆骨折提示相邻脏器可能损伤。2.无紧急剖腹指征的病例，则应充分运用CT、B超、内镜、化验等手段，进行连续观察，尽早发现病情变化，力争提高早期诊断率，争取得到早期治疗。3.在腹外伤中单纯性腹部闭合伤所占比例并不大，多为多发性损伤，常涉及其他专科情况，有时危及病人生命的主要因素是合并伤，并且不同器官的外伤可以互相影响，加重创伤的反应。我院在本组资料死亡的病例中就有15例与腹腔脏器损伤无明显关系，本文认为应根据伤情危及的程度明确各专科处理的先后顺序，及时请有关科室会诊。4.多发伤时体表四肢伤易使腹部损伤被忽略；脑外伤意识障碍或脊柱骨折截瘫掩盖腹部体征；颅内高压时血压、脉搏的改变使腹内出血休克呈假象，一旦血压骤降往往来不及救治，对此应充分警惕，预防漏诊。

二、治疗

闭合性损伤腹腔穿刺阳性，有腹膜刺激征或休克不能用其它部位伤解释时，均应积极手术。Demetriades等报告对腹膜已破的穿透伤非手术率达47 %[1]。但本文主张除受伤1 d后入院而病情已稳定者外，仍宜积极手术，因胃肠伤污染时间延长的危害远大于阴性探查。手术止血为最根本的抗休克措施。扩容只能在分秒必争紧急剖腹的前提下同时进行，不可指望升血压后再手术而丧失时机。

定位诊断不明确时多用正中切口，再按需延长。切勿满足于已发现的损伤，应常规全腹探查以免漏诊多脏器伤。损伤脏器处理应持"抢救生命第一，保全器官第二"的原则，严重多发伤时脾切除仍为常用术式，Polk对此持相同意见[2]。严重肝外伤仍为腹部外伤主要死因，尤其合并肝后静脉损伤时，采用转流和全肝血流阻断等复杂操作，实际成功率并不高[3,4]，除部分病例可迅速作右半肝切除显露腔静脉修补外，改良的肝后填塞法不失为一可取的选择[5]，本组12例填塞10例止血满意。较深肝外伤表面缝合术后可出现胆道大出血，应行间断Pringle法阻断肝蒂，指折法彻底清除失活组织，结扎血管、胆管，必要时加选择性肝动脉结扎，同时充分引流。肝内胆管损伤广泛时宜作胆总管引流，术后加负压吸引可减少胆瘘，促进愈合。胰腺伤处理重点在于明确主胰管是否损伤，即使包膜下小血肿亦需切开探查以决定术式，并均应充分外引流，术后小量胰瘘多可自愈。胃肠挫伤重者宜切开探查并作预防延迟性破裂的手术，十二指肠可疑损伤应用Kocher切口探查全段，修补宜纵缝，加可靠的减压、引流措施，必要时补空肠浆肌片或憩室化。结肠损伤的处理方式决定于损伤的部位、污染程度及合并伤的情况。一般情况下在术中经过一定的结肠肠道准备多可一期修补或切除吻合。由于传统的结肠造口术并发症较多，近年来外置修补术的报道增多，因为这样做即使失败亦即形成袢式造口，不会对预后有大的影响，如外置修补成功则在5～10 d可以回纳腹腔。除乙状结肠以下者外所有结肠损伤均可外置修补，国外报道成功率在60 %以上[6]。本文赞同Polk的观点，凡可吻合者均不必外置[2]，外置反不利愈合。腹膜外直肠伤因时间长、污染重者仍宜分期手术，充分引流骶前部。乙状结肠造口应作近端单口，襻式则未阻断远端污染。在手术结束、关腹前要充分冲洗腹腔，除在受损脏器处置胶管引流外，下腹部亦应留置低位胶管或烟卷引流，必要时加双套管负压吸引，这对腹腔炎性液体的清除控制腹膜炎以及防止残余脓肿的形成和预防术后因腹腔感染而引起创伤后ARDS、多脏器衰竭，尤其是心、肝、肾功能不全有明显的作用。

术后重视围手术期处理。重症病人住ICU继续监测和纠正血液动力学状况。注意大量输血诱发的凝血病、ARDS及严重感染并发症的防治。胰十二指肠和其它严重损伤术后及时用TPN。合并肺、脑挫伤时注意抗休克治疗。

维普资讯 http://www.cqvip.com

参 考 文 献

1. Demetriades D. Indications for operation in abdominal stab wounds: a prospective study of 651 patients. Ann Surg, 1987, 205: 129.
2. Polk HC. Flint LM. Intra-abdominal injuries in polytrauma. World J Surg, 1983, 7: 56.
3. Hanna SS. Blunt liver trauma at Sunnybrook Medical Center. J Trauma, 1987, 27: 965.
4. Buechter KJ. Retrohepatic vein injuries: experience with 20 cases. J Trauma, 1989, 29: 1698.
5. Beal SL. Fatal hepatic hemorrhage: a unresolved problem in the management of complex liver injuries. J Trauma, 1990, 30: 163.
6. Nallathambi MN. Penetrating colon injuries: exteriorized repair vs loop colostomy. J Trauma, 1987, 27: 876.

(收稿日期:2002-11-18)

·个案与短篇·

各种交通伤急诊手术的配合体会

程 敏* 马 丽* 刘金英*

交通伤临床多见,轻者皮肤挫伤,重者内脏损伤,各部位骨折,并发休克,急需手术抢救。自1992年至2001年间有368例经急诊抢救,现通过回顾性总结分析,结合文献复习将手术室配合抢救体会进行报告。

一、资料与方法

1.临床资料:本组男性236例,女性132例。年龄最小4岁,最大78岁。伤后距入院时间0.5 h至1 h不等。

2.交通伤分类(不包括脊柱和四肢骨折)。

(1)颅脑损伤98例(颅骨骨折并颅内出血59例,脑挫裂伤31例,脑干损伤8例)。

(2)胸外伤107例(肋骨骨折并血气胸98例,心脏挫伤5例,外伤性膈疝4例)。

(3)腹外伤168例(肝破裂29例,脾破裂47例,大小肠破裂66例,肛门直肠损伤24例,胰腺和胆总管损伤各一例)。

(4)泌尿系外伤36例(肾破裂14例,膀胱损伤10例,尿道损伤12例)。

(5)大血管损伤26例(颈动脉颈内静脉损伤14例,肠系膜血管损伤4例,股动脉股静脉损伤8例)。

二、结果

本组368例均经手术抢救,手术方式各种各样,如:脾切除术,尿道会师术,血管吻合术等,其中有26例术中紧急作气管切开。除8例死亡外,其余被送入ICU病房治疗。

三、讨论

1.手术室护士具有良好素质,熟悉交通伤的急救知识,行动敏捷,密切配合医生认真做好各种抢救,最大限度的减少交通伤的致残率和降低死亡率。本文认为,交通伤以复合伤多见,其特点创伤范围大(如:胸腹外伤常合并有血气胸,肝、脾、肠破裂等),出血多,伤员可在短时间内发生失血性休克,甚至呼吸心跳骤停。手术室护士面对复杂的交通伤表现临危不惧,视伤员为自己的亲人,紧张而有序的配合医生进行心肺复苏,在给伤员做好加大吸氧的同时,迅速打开2条以上的静脉通路,快速输入晶体液,并快速配血,输血以提高和维持伤员的血压,改善微循环,防止心衰和肾衰发生。严重的交通伤无论致残率或死亡率都较高,本文认为积极改善伤员的缺氧状态是努力降低发生上述两者的关键。当伤员休克或者有颅脑损伤时表现神志不清,呼吸浅表,口腔分泌物过多时易发生误吸与窒息,此刻急需气管切开,护士应在短时间准备好所需器械和用品,巡回护士还要协助麻醉师加大给氧,提高伤员的血氧饱和度90%,保证抢救手术的正常进行。

2.手术室器械护士与巡回护士专业性较强,两者既有分工又要合作,保持严谨的科学态度,争分夺秒,时刻在交通伤的抢救手术成功做出不懈努力。本文认为,首先,巡回护士在摆体位时应根据不同部位的伤员和医生所要进行的术式,让病人尽量舒适,如:床单平整,特别要注意因手术时间过长而引起的身体受压部位损伤。另外,外展的肢体不宜过度,输血管针柄固定要牢靠等。在整个抢救手术进行中始终如一地巡回观察,供应,紧密配合麻醉师,器械护士和手术医生保证抢救手术的顺利进行。与此同时,器械护士应主动向医生了解手术方案,做到心中有数,还要根据不同的专科手术准备好相应的手术器械。如颅脑外伤手术需备颅骨钻,脑压板等,腹外伤脾破裂手术需备腹腔自动挂钩和脾蒂钳等。器械护士要眼勤、手勤、一丝不苟地观察手术进展随时提供器械和药品。在手术结束之前,注意与巡回护士一起清点好手术器械和手术纱布的数量,然后做好登记。总之,在交通伤的抢救过程中,医生手术固然重要,但与手术室的护士积极配合是不可分割的。

(收稿日期:2002-12-18)

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院手术室