维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 4

120例严重多发性损伤的救治体会

Experience of treatment of severe injury of multi-organ in 120 cases

黄益凡，王彩霞
（鄂尔多斯市准格尔旗中心医院，内蒙古 鄂尔多斯 010300）

[关键词] 多发性损伤；治疗；创伤
[中图分类号] R264；R64 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)04－0257－02

严重多发性损伤是指多个脏器和部位同时受伤并伴有休克和成人呼吸窘迫综合征(ARDS)。我院1993年至2003年收治120例严重多发性损伤病例，现将救治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组120例，男112例，女8例，年龄17～68岁，其中车祸伤86例(72%)，刀刺伤20例(17%)，坠落伤10例(8%)，挤压伤4例(3%)，多发性肋骨骨折并血气胸22例，颅骨骨折伴颅内出血18例，肝破裂72例，脾破裂83例，肾挫伤75例，胃破裂8例，小肠和结肠破裂35例，胰腺挫伤7例，膀胱破裂4例，尿道断裂5例，骨盆骨折10例，四肢骨折68例，脊柱骨折5例，膈肌破裂并膈疝2例。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术治疗顺序 遵循首先抢救危及生命的伤情，一般按照胸、腹、脑、脊柱和四枝的先后顺序进行[1]。多发性肋骨骨折，反常呼吸，血气胸者先行胸腔闭式引流术，再剖腹探查。入腹腔后吸去积血，迅速找到出血脏器和部位立即做相应处理。若多处出血，应先处理出血最严重的脏器和部位，其它部位应作压迫止血，其后再逐一处理。若伴有颅脑伤，泌尿系损伤，需及时处理者，应在胸腹部出血控制后，及时请相应专科医生同台进行手术处理。

1.2.2 手术方法 行胸腔闭式引流术13例，膈肌修补2例，脾切除81例，脾修补2例，脾片移植3例，肝破裂大网膜填塞缝合修补70例，明胶海棉填塞2例，肾切除23例，肾修补1例，胃修补8例，胰腺引流7例，十二指肠修补3例，小肠修补28例，结肠修补2例，结肠造瘘2例，膀胱修补4例，尿道会师5例，颅内血肿清除10例，后期行骨科手术处理81例。

2 治疗结果

治愈108例，死亡12例，再次手术10例，漏诊3例，术后肠梗阻3例，腹腔脓肿5例，胰瘘2例，胃粘膜应急性溃疡出血8例，急性肾衰8例，多器官损伤8例，二重感染2例，伪膜性肠炎1例。

[收稿日期] 2004－05－09 [修回日期] 2004－06－10

3 讨论

3.1 及时诊断和手术是救治成功的关键

根据病史及外伤作用机制和体征，如腹壁和下胸壁淤血斑、触痛、下肋骨折、肝脾区叩击痛，腹膜刺激征，腹膨胀，面色苍白，脉细速，呼吸急促，烦躁不安，出冷汗，血压低于正常，即可做出腹腔内脏器损伤失血性休克的诊断。若腹腔穿刺抽到不凝血则确诊率98%，B超和CT对内脏破裂和腹腔出血诊断准确率达96%，当然严重休克者不宜多搬动，不要为了做B超和CT而耽误抢救时间，应迅速进行扩容抗休克，期间可在床旁做B超检查进一步确诊，必要时边抗休克边手术，不能等血压回升后再手术，因为只有把腹腔出血控制后才能使血压回升。

3.2 避免漏诊

切口不宜过小，依次探查腹腔脏器，特别是腹膜后脏器、膈肌和盆腔内脏器均需进行详细探查，不要满足个别脏器损伤的发现而草率关腹。本组1例脾破裂脾切除后未探查腹膜后血肿及网膜腔，术后血压不稳定，腹腔引流仍有较多鲜血，再次手术探查网膜腔发现胰腺挫裂伤出血。

3.3 术前、术中专科会诊

病人有颅脑外伤、泌尿系的严重损伤，需要急诊处理时，在术前、术中应及时请相关专科医生会诊，同台手术施行抢救措施。这样对病人的整体治疗可以起到至关重要的作用。

3.4 防治感染

术后高热39 ℃持续不退，血白细胞大于20×10^9/L时，应通过B超和CT找出腹腔内或膈下脓肿，以及时引流。避免大剂量强效广谱抗生素长期使用造成肝肾功能损害，甚至出现二重感染，特别是霉菌性肠炎和伪膜性肠炎，后者出现间歇性大量血便伴有血块和粘膜，大便细菌培养或涂片可找到棱形芽孢杆菌。

3.5 加强护理

护理是整体治疗中的一个非常重要的环节，除进行必要的补液、输血、用药以外，严密的观察病人的生命体征，翻身、拍背协助病人咳痰，观察引流管的通畅，引流液的颜色和量的改变是极为重要的，可以为医生对病情的分析、判断起到有据可依[2]。

3.6 防治多器官损伤

多器官损伤、失血性休克及大量输入库血容易出现ARDS、

维普资讯 http://www.cqvip.com

凝血功能障碍、低氧血症、低蛋白血症和非特异性免疫功能低下等并发症，如果治疗不及时可随之出现多器官损伤，依先后出现下列器官功能衰竭。①急性肾功能衰竭 休克使肾脏最早出现损害，当血压小于8 kPa时则无尿，持续4 h可出现急性肾衰。本组有3例血压小于8 kPa超过4 h，虽然扩容后血压上升到正常，但术后无尿，立即进行血透治疗后转危为安。②呼吸衰竭和休克使肺循环障碍，肺毛细管通透性升高，肺泡积液，使肺气体交换障碍，肺组织缺氧，随之出现ARDS。本组4例休克患者扩容时输入库血2 000～5 000 ml，林格液5 000～7 000 ml。虽血压回升，但昏迷不醒，瞳孔散大，出现肺水肿和脑水肿。因此扩容应参考中心静脉压，控制液体，以多巴胺维持血压，短程大剂量山莨菪碱1次静注40 mg，30 min再追加40 mg，总量可达120～240 mg。复方丹参40 ml每日3～4次静滴。短程大剂量地塞米松每日每次100～200 mg，根据病程可连用1～3 d。减轻组织器官水肿，改善微循环，稳定细胞和细胞器免受休克所增加氧自由基损害，对防治可起到良好作用。

3.7 营养支持治疗

重多发伤患者处于高代谢，负氮平衡，大量消耗自身脂肪和蛋白质，使免疫力日趋低下，影响抗御感染和创伤修复能力。本组通过胃肠外营养和胃肠内营养支持治疗显著提高了治愈率。

[参考文献]

[1] 黄益凡，王彩霞，孙承文. 腹部外伤610例分析[J]. 局解手术学杂志，2003，12(1)：30.

[2] 刘茂英，谢先会，钟 华，等. 多发伤后急性呼吸衰竭患者长时间机械通气的气道管理[J]. 局解手术学杂志，2003，12(2)：168－169.

(编辑：邱全光)

·个案与短篇·

老年急腹症的护理体会

商月侠[1]，刘继东[1]，尤素杰[2]

(鞍山钢铁集团公司：1.立山医院外科；2.长甸医院外科，辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 老年急腹症；护理；体会

[中图分类号] R656.1；R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)04－0258－01

老年急腹症临床较常见，由于存在一定的特殊性，为临床护理工作增加了难度。1994年至2003年12月，我院共收治老年急腹症患者336例，取得较好的效果。通过病案复习，结合文献学习，现将老年急腹症的特点及护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男性194例，女性142例，年龄最小60岁，最大87岁，平均住院日21 d。

1.2 各科急腹症分类

胃及十二指肠溃疡穿孔24例，胃癌穿孔12例，急性肠梗阻92例，急性胰腺炎16例，胆总管结石36例，胆囊炎38例，胆道蛔虫症8例，急性阑尾炎41例，结肠癌穿孔6例，斜疝嵌顿24例，腹外伤18例(其中肝破裂4例，脾破裂6例，肾破裂3例，肠穿孔5例)，另有15例胃肠痉挛腹痛。

1.3 各系统伴随疾病

全组均有伴随疾病1～2种，其中以高血压、冠心病、慢性支气管炎肺心病为最多，其次为消化道慢性溃疡病和糖尿病。个别患者有脑血管病后遗症、前列腺肥大、子宫肌瘤等，均经各项辅助检查所证实。

[收稿日期] 2004－05－10 [修回日期] 2004－06－02

2 治疗结果

有210例经手术治疗，其余用中西医结合的方法治疗。手术后并发心肺功能不全38例，多脏器功能衰竭14例，切口裂开12例，并发胆汁或肠吻合口瘘6例。手术死亡率2.9%(6/210)，非手术死亡率9.1%(19/126)。

3 护理体会

3.1 老年急腹症的特点

老年急腹症具有一定的特殊性，这种特殊性与其表现特点有关，概括起来有以下几点：①对疼痛反应迟钝，症状体征不典型；②伴随疾病多，易掩盖症状；③心理负担重，对病史叙述不全面；④就诊时间长，易延误诊治；⑤早期出现心肺功能不全或休克。

3.2 护理要点

老年急腹症存在的这些特点，不仅给临床诊断带来了困难，而且也给护理工作增添了许多难度，为能保证护理质量，提高老年急腹症的治愈率，本文认为护士应做好以下几点。

3.2.1 尊敬爱护老年病人 被尊敬是老年病人最突出的心理需要[1]，护士要用和蔼可亲的态度，主动接近老年病人，关心他们的疾苦，体贴和重视他们的爱好，使之有愉快的心情。

(下转271页)