维普资讯 http://www.cqvip.com

20 创伤性膈疝 外科手术 8

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

创伤性膈疝 24 例手术治疗分析

中国医科大学第一临床学院外科 杨春明
辽宁省朝阳市第二人民医院外科 毕铁男
(辽宁沈阳,邮政编码 110001)

R655.605

我院从 1973 年 2 月至 1994 年 9 月共收治创伤性膈疝 24 例,治愈 22 例,死亡 2 例,术前早期诊断率 79.2%。就本组临床资料对创伤性膈疝的诊断和手术治疗进行分析。

临床资料

本组男 21 例,女 3 例,年龄 17～63 岁,24 例中车祸挤压伤 8 例,塌方挤压伤 2 例,坠落伤 3 例,刀刺伤 9 例,火器伤 2 例,开放性损伤 11 例,占 45.8%,闭合性损伤 13 例,占 54.2%。

合并有肋骨骨折者 14 例,骨盆骨折 3 例,四肢骨折 8 例,腰椎压缩骨折 1 例,脾破裂 5 例,胃肠破裂 6 例,肝破裂、脑挫伤各 2 例,尿道断裂 1 例,出现血气胸 16 例,重度休克 4 例,闭合性损伤中,膈疝位于左侧者 11 例,占 84.6%,右侧者 2 例,占 15.4%,24 例均经手术治疗,2 例死亡中 1 例死于急性呼吸窘迫综合症 ARDS,1 例死于严重的复合伤。

讨 论

一、诊断 创伤性膈疝的早期诊断是直接影响治愈率的关键,此类病人一般均有多发伤,病情危重,掩盖膈疝的症状及体征,极易误诊及漏诊,综合文献和我们的临床体会,有下列情况者应考虑膈疝的诊断:

(一)症状和体征:①胸腹部严重创伤,尤其是第 4 肋至脐之间的钝性伤及有可能伤及膈肌的锐器和火器伤者。②伤后呼吸困难、气短、发绀进行性加重,心率加快和血压下降者。③伤后出现腹痛、呕吐等消化道症状。④一侧胸痛向同侧肩部放射。⑤患侧胸廓隆起,叩诊呈鼓音或浊音,纵隔向健侧移位,胸部听诊呼吸音减弱或消失,或可闻及肠鸣音者。⑥开放性损伤,可探查伤道的走行方向,结合临床症状考虑有无膈疝。

(二)辅助检查:胸部 X 线摄片是诊断本病的重要手段。腹腔脏器疝入胸腔后,可见:①伤侧膈肌升高,膈影模糊并中断。②心脏纵隔向健侧移位。③膈上见气泡或密度增高影。④患侧出现线状或弧状肺不张,病情允许又有条件者,可行消化道造影及人工气腹等检查,有助于诊断,对高度怀疑膈疝又不能明确诊断时,谨慎的伤侧胸穿,若抽出血腥臭液或胃肠内容物即可确诊。

二、手术治疗 因膈肌裂口在膈肌不停运动情况下,无法自行愈合,而致膈疝,其绝无自愈可能,故一旦确诊立即应手术还纳内容物,修补膈肌,若延期至绞窄梗阻期手术,死亡率可高达 20.80%。

手术经路应视病情不同而决定,若有腹腔脏器大出血,应开腹探查止血,再还纳疝入胸内器官,修补膈肌裂口。若有胸部严重气胸或大出血,应开胸处理妥当后,再处理膈疝,术中若探查腹腔不利,可以腹部另作切口,而不宜行胸腹联合切口,对右侧膈疝及慢性期膈疝疑有疝内容物与胸内粘连者,以经胸为宜,本组 13 例经腹,8 例经胸,3 例经胸经腹。

三、经验与体会 ①对急性创伤性膈疝,严重多发伤掩盖其症状及体征,还有些病人早期亦无明显临床表现,要避免误诊及漏诊,需要医生高度警惕本病,谨慎、细致地对病情进行动态观察。如本组 1 例病人伤后出现轻微腹痛,8 小时后出现进行性呼吸困难伴腹膜刺激征,经手术治愈,证实为膈疝。②术中应常规探查双侧膈肌是否完整,避免漏诊,有时膈肌小裂伤及不完全裂伤为网膜、血块、脏器堵塞,缺少临床症状及体征,术中应注意发现,予以修补,以免胸腹腔压力增大后,产生迟发性膈疝。③术中应处理致命伤,采取先重后轻,术式力求简单有效,对年老体弱或术前心肺功能差者,手术更应以解决问题,创伤小为原则。

参 考 文 献

1. 黄家驷,吴阶平主编.外科学上册.北京:人民卫生出版社 1979;257.
2. 高品旗.创伤性膈疝 110 例临床分析,中华胸心血管外科杂志 1995;11(5)302～303.

(收稿日期:1997－03－24)

(上接 35 页)且残肝组织代偿性再生能力较强,故早期手术切除效果较好。据报告有手术后存活 16 年尚未复发者。本文例 3 由于家长忽视,未能及时就诊,而错过了早期手术时机,预后不良。因此,如能做到早期诊断,并能在术前、术后给予化疗和放疗,则可提高手术切除率,延长术后存活时间。

(本文承蒙叶光华教授亲自指导,在此一并致谢!)
(收稿日期:1997－03－05)