维普资讯 http://www.cqvip.com

3. 游离皮瓣，按设计方案切开皮肤及皮下组织，在切开的皮瓣上保留0.5cm的脂肪层，其余脂肪层剔除，显露腹直肌前鞘，剪开4cm的圆孔，钝性分开腹直肌，提起腹膜纵行切开，将离断的结肠造口端从此孔拉出。结肠与腹膜固定缝合4针，防止滑脱。用拉钩将腹直肌、腹内斜肌拉开，使二肌束充分外翻，两侧角缝合4针，使外翻的肌束固定，让肌束紧贴结肠，有便意冲撞时，腹内斜肌、腹直肌收缩形成括约作用。最后将已游离的皮瓣环绕结肠，顺时针方向旋转，并相互缝合。缝合后形成包绕在结肠的皮管，皮管高出腹壁3cm，呈柱状。结肠完全埋在皮管内，顶端皮管与结肠缝合一周。24小时后放开结肠。造口皮管与腹壁手术切口同时拆线，一期愈合(见图3)。

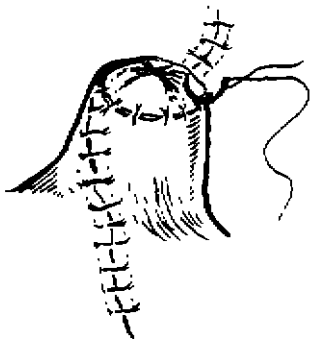


图3 游离皮瓣，结肠造口

二、讨论

永久性结肠造口术有多种术后早、晚期并发症[2]，造口狭窄、皮肤、排便管理、梗阻等给病人精神及生活上诸多不便。近年来国内外学者均对皮肤保护剂、粘合剂及人工肛门装具进行研究[2,3]。关键是如何提高关系到病人生存质量的人工肛门的质量。我院研究的皮管法结肠造口术有以下优点：①腹直肌、腹内斜肌没有破坏，经缝合贴附在结肠四周，有粪便冲击时引起收缩，起到括约肌作用。有利于排便管理。②游离的皮瓣贴附在结肠壁上形成管状，与肠管一期愈合，肠管周围无瘢痕形成，肛门不会出现狭窄，预防了术后感染。③皮管高出腹壁3cm，结肠在皮管内，肠管扩张刺激皮管皮肤感受器，病人有排气排便的知觉，可随时处理粪便。由于有皮管支持，造口不会倾斜，防止了粪便横溢。④皮管能耐受劳动等磨擦，造型美观，便于装戴各种人工肛门装具，提高了病人的生活质量，补充了Miles手术的不足。

参考文献

1. 王舒宝. 套式皮管法结肠造口术. 中国实用外科杂志，1990，12(13)：263.
2. 田村泰之. 人工肛门—合并症のとその对策. 临床外科，1982，37(8)：1205.
3. 俞德洪. 肠造口治疗进展. 实用外科杂志，1980，8：294.
4. 沢贞夫. 人工肛门—最近の管理. 临床外科，1982，37(8)：1197.

(收稿：1998－01－04)

161－163

重症腹部闭合伤合并胸部外伤诊断和治疗体会
——附24例报告

R657.32

何长岭*

提 要 本文总结了我院自1992年至1997年收治的重度腹部闭合伤合并胸部外伤的病人24例，出现失血性休克14例，脾损伤16例，肝脏损伤7例，多脏器损伤6例，合并血气胸2例。作者强调，急诊室快速诊断，为手术争取时间的重要性。手术要快速止血，挽救生命为原则，术后继发出血的治疗，加强肺脏的保护，营养支持，降低并发症的发生。

关键词 胸腹联合伤 血气胸 肝脾破裂 肝破裂 诊断 治疗

作者单位：101200 北京平谷中医医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

在腹部闭合伤的病人中，往往合并其它部位的复合伤，给诊断和抢救工作增加了很多困难，死亡率增高，尤其是上腹部实质脏器破裂，经常合并不同程度的胸部损伤。近五年我院收治此类病人24例，现将我院对此类病人的诊断和治疗体会总结如下。

一、临床资料

1992年至1997年我院共收治重症腹部闭合伤合并胸部外伤24例，其中男性16例，女性8例。受伤机制：车撞伤14例，胸腹挤压伤6例，坠落伤4例。本组涉及腹部脏器损伤为单纯脾破裂13例。脾破裂合并胰腺挫伤2例，合并左膈肌破裂1例。肝破裂7例，其中合并右膈肌破裂1例，合并胃破裂1例。胃破裂合并胰腺挫伤1例。本组涉及胸部外伤的全部合并单侧或双侧不同数量的肋骨骨折，气胸6例，血气胸2例，入院时出现失血性休克14例，合并四肢骨折6例，头部伤3例。

二、治疗经过及结果

本组病人全部在急诊室立即建立静脉通道，扩容配血，8例完成床边胸腔闭式引流，全部完成术前准备，直接进手术室，全部剖腹探查。麻醉方式：全麻插管16例，连续硬膜外麻醉8例。22例经腹腔完成手术，2例经胸腹联合完成手术。手术方式：脾切除加脾组织游离移植15例，脾修补1例，胃修补2例，胰尾切除1例，胰腺修补2例，肝修补6例，肝左外叶上段切除1例，膈肌修补2例，术后完成胸腔闭式引流2例，9例胸腔积血积液反复穿刺治愈。结果：20例一期愈合，1例出现胰瘘，经引流治愈，2例伤口裂开，经换药治愈，死亡1例，术中死于肝破裂重度失血性休克。

三、讨论

（一）重视急诊室的诊断及治疗工作

1. 快速全面诊断：急诊医师对接诊病人应全面准确判断病情，短时间内做出准确诊断。因此，应强调临床检查的重要性，急诊医师不仅要有高超的医疗诊断技术，又要有高度的责任心，这样就可以充分估计病人的伤情，特别是多脏器损伤，要全面检查病人。胸腹部联合伤的病人，临床主要表现往往以某一特征为突出表现，有以失血性休克为主，表现为神志淡漠，四肢湿冷，脉细速，血压下降，因而抢救时易忽视胸部外伤引起的气胸、血胸。另一方面，以胸部症状为主要的临床表现，表现为烦躁，呼吸困难，不能平卧，甚至出现口周紫绀、咯血等表现，而掩盖腹部症状。在诊断方面，积极进行腹腔穿刺，该方法简单可靠，并可以多部位反复穿刺，来提高阳性率。本组24例病人，其中22例行腹穿，均为阳性结果，对皮下有捻发音，呼吸音明显减低病人也可行胸穿，确定有无血气胸，对一些严重的复合伤及张力性气胸，胸腔穿刺是简单直接的诊断依据和急救措施。本组4例经胸穿明确诊断。进行必要的床边检查，也可帮助做出准确诊断，床边拍片，能快速准确提示肋骨骨折的数量、部位、血胸气胸的程度，有无肺挫伤及心脏挫伤、膈疝等情况。床边B超对胸腹腔积液，腹腔实质脏器损伤，做出较为准确的诊断，特别是对合并休克、脑外伤，病人烦躁不能合作，B超为无创快速有效的诊断手段。本组脏器破裂24例，阳性率为18例，占75%，腹腔积液为24例，均为阳性。

2. 急诊抢救治疗：重症腹部闭合伤合并胸部外伤病人创伤严重，很多就诊时已出现低血容量性休克，本组14例，占58.3%。抢救应争分夺秒，在急诊室迅速建立静脉通道，立即扩容配血，应在积极的治疗中获得血源补充，为手术做好准备。对有明确血气胸，应急诊床边行胸腔闭式引流，解除肺组织受压，改善通气。本组8例在急诊室完成，准备工作做好后，直接送入手术室，减少不必要的周折。

（二）手术应做到快速止血

首先处理对生命威胁最大的损伤，如呼吸困难，开放性气胸，明显大出血等情况，应予优先处理，在首先保住性命的基础上，尽量保留脏器功能，在扩容纠正休克及胸部外伤紧急处理后，立即手术止血，本组病人从就诊到手术时间为30分钟到90分钟，平均为50分钟。麻醉选择：对重症者以全麻为首选，优点在于安全，麻醉充分，可加强通气功能，应注意继发气胸的发生。对已有气胸的病人，提前行胸腔闭式引流。并且手术中可以任意延长切口。本组2例肝破裂术中改为胸腹联合切口。若病人情况很差，诊断明确，也可选择连续硬膜外麻醉，手术应做到：1. 有效而迅速地控制出血，特别是已出现休克的病人，更应及时以抢救危局。脾破裂出血者应迅速托出脾脏，控制脾蒂以后，再仔细操作。严重病人应以抢救生命为准则，脾切除仍是快速有效的治疗方法。对脾脏功能的保留问题，以游离脾组织移植来弥补。本组除1例行脾修补外，15例均行脾切除，脾组织大网膜游离移植。肝脏破裂的处理：对损伤大出血凶猛者，应迅速控制肝门，明确有无肝内外血管损伤，充分显露，按破裂部位相应延长切口，彻底清创，Glisson纤维鞘有损伤，对创面内裂伤出血，要进行逐个缝扎止血，对断裂的胆管要逐一结扎，防止胆汁溢漏，然后再缝合裂口，在缝合前填入大网膜或明胶海绵，即可提高止血效能，加强稳定性，又可避免裂口内

维普资讯 http://www.cqvip.com

残留死腔，防止继发出血，术毕建立充分的引流。2.术中全面探查，以免遗漏多脏器损伤，胸腹联合伤，特别注意有无隔肌破裂。本组2例分别为肝破裂合并右侧膈肌破裂和脾破裂合并左膈肌破裂。本组腹腔多脏器损伤6例，均在术中探查到，无一例漏诊。3.止血后再处理空腔脏器的修补，最后应常规放置引流管，目的为排出残余积血积液，观察有无再出血，预防和治疗术后并发症。特别是胰腺挫伤的病例。本组涉及3例，1例经胰尾切除，胰尾空肠Roux－en－Y吻合，2例修补，为防止术后胰液渗到腹腔，形成它的特别自身消化，充分冲洗腹腔，放引流管是必须的。本组有1例术后出现胰瘘，经控制饮食，持续胃肠减压，静脉高营养，减少胰液的分泌，应用抗生素和类固醇，以控制感染，减轻中毒症状及充分引流治愈。

（三）术后治疗

1.术后应加强监护胸腹腔有无继续出血情况，多发性肋骨骨折创面仍有继续出血的可能，并可持续48—72小时。因此，经手术及扩容后仍表现为血容量不足，输血与血球压积上升不符，病人有胸憋等症状，可随时行床边拍片复查。本组2例病人胸腔出血较多，分别于术后24小时及48小时放置胸腔闭式引流，使肺受压得到控制，另有8例术后胸腔积血，经反复胸穿抽出积血积液治愈。

2.加强肺功能的保护和营养支持。该组病人均有不同程度的肺组织挫伤，因此在纠正休克后，应控制入量，特别是晶体液的入量，减慢输液速度，利尿，改善呼吸，避免肺水肿，并于术后鼓励病人下床活动，应用适当抗菌素，预防肺不张和肺部感染。避免ARDS发生。腹部若无空腔脏器损伤，应尽早拔出胃管，以便排痰，减少肺部感染，减少咽部刺激和大量胃肠液的丢失。术后早期加强营养支持，给予胃肠道外高营养治疗。病人外伤后的应激反应，手术的损伤，机体表现为高代谢、高分解反应，耗能增加，而术后病人不能充分进食，机体处于负氮平衡。为促进病人伤口早日愈合，增强病人的抵抗力，本组病人给予胃肠道外营养来补充足够的能量及氮平衡，并补充水电解质。可降低非感染性术后并发症的发生，促进病人恢复。

（四）关于脾功能的保留

本组16例涉及脾脏的损伤，如只行脾切除，完全消除了脾脏的功能，会使病人的细胞免疫和体液免疫功能下降，网状内皮系统功能下降，吞噬细胞功能下降，裂解素生成减少，而导致凶险感染即OPSI的发生和易感性增强。因此对脾损伤首先考虑修补，如需要完全切除，也要将脾组织移植于大网膜边缘，可使病人在术后免疫功能得到恢复，避免脾切除术后OPSI的发生。本组病人无一例发生OPSI。因此，保留脾组织已成为时代倾向。

参考文献

1. 裘法祖主编. 外科学. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1984，955.
2. 刘善慧，元绪武，冯培勤，等主编. 中国临床医学理论与实践. 第1版. 北京：中国医药科技出版社，1994，2445.
3. 王克诚主编. 外科手术学. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1996，1530.

（收稿：1998－06－02）

163-164 14

639例难产原因分析

秋云美* R714.4

提　要　为了进一步提高孕产妇的系统管理，降低孕产妇的难产率，本文收集我院1994年至1995年两年的临床资料进行分析，两年的出生分娩数为2042例，其中639例发生难产，尤其是城镇产妇难产率明显高于农村产妇，故对637例难产原因进行回顾性分析。

关键词　孕产妇　难产发生率　难产分析

一、资料与分析

1.资料收集我院1992年至1993年的二年临床资

* 作者单位：312000　浙江绍兴市二院妇产科