DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.06.038
第25卷第6期 第三军医大学学报 Vol.25, No.6
2003年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2003

文章编号:1000-5404(2003)06-0555-02

经验交流

胸部外伤921例临床治疗体会

Clinical experience in the management of 921 cases of thoracic trauma

杜成华,郑 君,何朋学,张文相,王 鹏 (四川省达州市中心医院心胸外科,达州 635000)

我院自1976年至2001年,共收治胸部外伤921例。现将临床治疗体会总结如下。

1 临床资料

本组921例,男性713例,女性208例。年龄1~90岁,其中17~45岁803例(87.1%)。受伤至就诊时间:1 h以内者209例(22.6%),1~8 h内者607例(65.9%),8 h以上者105例(11.4%)。受伤原因:锐器伤374例(40.6%),交通事故伤513(55.7%),坠落伤29例(3.1%),其他5例(0.5%)。其中重病例543例(58.95%),伴有休克247例(26.8%),伤情分类见表1。合并头颅、腹部、骨骼等部位损伤394例(42.7%)。死亡49例(5.3%)。

表1 不同损伤伤情分类

伤情分类	例次	构成比(%)	伤情分类	例次	构成比(%)
肋骨骨折	634	68.8	肺挫裂伤	149	16.1
胸壁软组织损伤	121	13.1	创伤性窒息	28	3.0
胸骨骨折	43	4.6	支气管断裂	5	0.5
血气胸	711	77.1	膈疝	9	0.97
创伤性湿肺	108	11.7	心脏大血管损伤*	138	14.98

*:包括大血管破裂,心脏损伤(急性心包填塞),心室、心房损伤

本组采用非手术治疗378例(包括胸腔闭式引流257例),手术治疗543例。其中胸部手术289例(包括心脏大血管损伤,肺及支气管断裂,膈疝,胸腹联合伤等),其他合并伤同时手术者254例(包括颅内血肿,肝、脾破裂,胃肠破裂,四肢开放骨折,膀胱破裂,尿道断裂)。

结果:治愈872例(94.7%),死亡49例(5.3%)。

2 讨论

严重胸部创伤病员在短期内常因呼吸与循环衰竭而迅速死亡。近年来由于采取现场急救和迅速运送等措施,部分危重伤员能存活到医院,获得治疗机会。但仍有相当数量的伤员未及时到达医院,或到达不久即死亡[1]。本组伤后1 h送到医院者仅209例(22.6%),多数需要长时间,有的在途中或刚到医院而死亡。因此紧急治危重胸部创伤病员十分重要。

2.1 心脏大血管损伤

本组心脏大血管损伤138例,抢救关键在于及时确诊,迅速手术,应选择简单合适的手术方法。本组138例中4例死亡,主要伤及左心室,主动脉根部和上腔静脉。

2.1.1 诊断 凡在心脏大血管损伤区(双侧锁骨中线内,第7肋水平以上),无论是锐器还是钝器伤,均有心脏大血管损伤的可能。对有大出血、休克或心包填塞等症状的伤员,应立即进行手术探查。开放性损伤容易作出诊断,闭合性损伤,特别是上述部位的钝性伤,应系统、严密地观察心血管、外伤的体征,并进行必要的相关检查。

2.1.2 治疗 抢救心脏大血管损伤,在快速气管插管时应建立多条静脉通道。若有心包填塞症状,可术前先做心包穿刺排血,缓解症状。在紧急情况下,边麻醉应边消毒,快速切开左侧第四或五肋间入胸,切开心包,放出积血。如心跳停止,立即进行心脏挤压。出血创口可用手指暂时堵住,待心跳、血压恢复后再修补创口。本组有两例为右心室出血,采取此方法而获得成功。心房或大静脉血管损伤,因无法按压止血,可用手指伸入创口,然后再逐渐用心房钳夹住出血创口。对巨大或无法探明的损伤也可临时阻断上下腔静脉及肺动脉,在直视下进行修补。能用心房钳夹住创口者,则可在恢复循环后再进行修补。本组有两例右心房刺伤病人,右心房伤口分别为3、4 cm,胸腔积血约2 000 ml。术中看不清损伤部位,无法控制出血,只能用手指插入创口,临时阻断上下腔静脉及肺动脉,在直视下暴露损伤部位,用心房钳将创口夹住,恢复循环后缝合修补创口而获成功。

2.1.3 对心脏大血管外伤的抢救,不能放弃任何可能的机会。本组有7例来院处于严重休克状态,血压、脉搏不清,有3例进手术室时呼吸心跳停止,经快速剖胸,采取相应的复苏措施,获救5例,死亡2例。

2.2 血气胸的治疗

本组共711例,其中开放性损伤309例,手术212例;闭合性损伤402例,手术173例。在血气胸施行手术组的385例中合并腹部脏器损伤或其它部位损伤211例,同时作了手术处理,平均住院19.3 d,除21例死亡外,均康复出院。

2.2.1 本组385例手术,胸腔内有凝血块的病人仅用胸腔闭合式引流不能把胸内凝血块排出,致肺受压、肺功能受限制,容易引起胸腔感染。因此我们认为,无论开放性损伤或闭合性损伤,只要出血量在150 ml/h以上者,都应进行手术探查。其优点为:①可将凝血块彻底清除,减少胸膜纤维板形成对心肺功能的影响。②对活动性出血彻底止血。③能直接对胸腔内器官的损害进行探查及处理。④缩短疗程。我们采用小切口(10 cm)剖胸方法,进胸后视其需要再延长切口。处理出血及损伤

作者简介:杜成华(1952-),男,四川省达州市人,副主任医师。电话:(0818)2386600

收稿日期:2002-09-21;修回日期:2003-01-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

部位，取出凝血块后彻底冲洗胸腔，然后置胸腔引流。目前我们多采用电视胸腔镜行血气胸手术处理，效果满意。

2.2.2 本组有 124 例在术中将胸腔血通过血液回收机回输给病人。最多量达 1 500 ml，平均在 500 ml 左右。我们回输血的条件必须是无严重污染者。对大气管损伤及消化道损伤者的血禁止回输。本组回输血病从进行观察，除有 8 例有轻度发热反应外，均无不良反应。

2.3 肋骨骨折

我们采用胸带固定，不仅可以起到固定和减轻疼痛的作用，而且呼吸幅度受限较小，通过呼吸运动和咳嗽还能帮助移位的肋骨复位，减轻畸形愈合后的疼痛，病人可以早期离床活动，有利于防止肺部并发症的发生。我们认为：尤其是多发肋骨骨折，合并血气胸病人，多采用胸带固定法较为适宜。

关键词：胸部外伤；治疗体会

中图法分类号：R655 文献标识码：B

参考文献：

[1] 胡为弟. 外伤性血气胸 343 例的治疗[J]. 胸心血管外科杂志，1985，(4)：220－221.

（编辑 张大春）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)06-0556-02

经尿道前列腺电汽化术严重并发症的原因分析及防治

The cause analysis and prediction of transurethral electro-vaporization prostatectomy complications

谢小燕 （第三军医大学附属西南医院全军泌尿中心，重庆 400038）

良性前列腺增生为老年男性病，严重影响老年男性的排尿功能。我科采用经尿道前列腺电汽化术 Transurethral Vaporization of Prastate，TVP）进行治疗。现将其严重并发症的原因分析及防护报告如下。

1 临床资料

本组 1 100 例，年龄 52～93 岁，平均 71.8 岁，病程 6 个月至 15 年。主要症状为进行性排尿困难，夜尿增多，4 次/夜以上。48 例有耻骨上膀胱造瘘管。

彩超及指肛检查示，前列腺Ⅰ度增大 219 例，Ⅱ度 530 例，Ⅲ度 310 例，另 41 例前列腺体积不大，但排尿困难明显，尿动力学检查示前列腺压或膀胱颈压增高为 35～109 cmH_2O，Q_{max}(8.1±5.2)ml/s，有 211 例合并有心、肺、肝、肾疾病。所有患者行前列腺电化术下称 TVP，术毕置三腔气囊尿管，外用生理盐水冲洗膀胱，24～72 h 拔管。

2 结果

1 086 例术后拔管后可自行排尿，死亡 1 例。13 例不能排尿，尿动力学检查示逼尿肌无力。术后随访 3 个月至 2 年，IPSS 降为 8.7±2.3，Q_{max}增长至(19.5±3.1)ml/s。严重并发症 45 例(4.41%)，其中：①迟发性大出血 23 例(2.1%)；②腹膜外水囊肿 8 例(0.73%)；③严重尿道狭窄 9 例(0.82%)；④真性尿失禁 3 例(0.27%)；⑤膀胱爆炸 2 例(0.18%)。

3 讨论

3.1 术中并发症原因及护理

3.1.1 大出血 多系凝血机制差、血小板少或高血压所致。①术前了解凝血功能和血小板数量；②控制血压至接近正常水平。③留置导尿管时间较长者，术前加强抗感染治疗，减轻炎症水肿。

3.1.2 包膜穿孔 主要为汽化时电极切入过深造成，预防方法：气化深度以见到环状外科包膜为限。如果切穿包膜，有液体外渗，应立即停止手术，置入三腔气囊尿管，牵引压迫，防止腹膜外水囊肿形成和静脉窦出血。

3.1.3 外括约肌损伤 术中出血、视野不清，识别困难或初学者操作过程中镜鞘固定不稳，滑向外括约肌未能及时发现所致。操作时，应经常辨别精阜和外括约肌，修整前列腺尖端时，用纯电切，避免用汽化，并谨慎小心。

3.1.4 膀胱爆炸 汽化产气过多，引流不畅所致。操作中采用持续灌流设备或作膀胱穿刺造瘘。此外，间断取出操作手件，放空膀胱内气体和水，确保引流通畅。如发生膀胱爆炸，必须立即行膀胱修补术。

3.2 术后并发症原因及护理

3.2.1 术后迟发性大出血 由于汽化创面的焦痂脱落、膀胱痉挛、以及过早的剧烈活动，用力排便致膀胱压力过高，均可引起迟发性大出血。预防与护理：①膀胱持续冲洗并使用止血药，仍不能止血应采用手术止血；②术后嘱病人多食粗纤维蔬菜、水果，多饮水。保持大便通畅；③预防感冒；④2 个月内忌搬重物及剧烈活动。

3.2.2 尿道狭窄 创伤及感染是术后尿道狭窄的一个基本因素，感染可加重创伤，同时可引起粘膜的坏死、溃疡，产生瘢

作者简介：谢小燕(1960－)，女，江苏省淮阴市人，主管护师，主要从事泌尿外科方面的研究。电话：(023)68754035

收稿日期：2002-08-25；修回日期：2002-12-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net