

130 例腹部闭合性损伤的临床诊治分析

窦永坤 李建娥

黑龙江省密山市裴德镇农垦牡丹江管理局机关医院, 黑龙江 密山 158308

【摘要】目的:探讨腹部闭合性损伤的诊断和治疗, 提高诊治水平。**方法:**对 130 例腹部闭合性损伤患者的临床资料进行回顾性分析。结果:90 例行手术治疗, 40 例行非手术治疗, 共死亡 14 例。**结论:**及时抢救、快速明确诊断并选择合理治疗方案, 是提高治愈率、降低死亡率的重要保证。

【关键词】腹部闭合性损伤; 诊断; 治疗

腹部损伤是外科的一个重要疾病, 其发病率在平时约占各种损伤的 0.4%~2.0%, 死亡率高达 10%[1]。易受伤的脏器依次是脾、小肠、肝、肠系膜、胰腺、十二指肠[2]。因闭合性损伤病情复杂多变, 诊断比较困难, 易导致漏诊误诊而延误手术时机, 因此临床对该类患者必须高度重视。我科于 2009 年 10 月~2012 年 10 月共收治 130 例该病患者, 具体分析报告如下。

1 资料与方法

1 临床资料 车祸伤 42 例, 钝器伤 34 例, 挤压伤 12 例, 跌伤 7 例, 坠落伤 5 例。

1.1 本组患者中男 86 例, 女 44 例; 年龄 17~75 岁, 平均 45.3 岁; 致伤原因: 高处坠落伤 34 例、车祸伤 46 例、撞击挤压伤 26 例、踢打钝器伤 14 例; 脏器损伤情况: 脾破裂 49 例、肝破裂 34 例、脾脏包膜下血肿 30 例、网膜及肠系膜损伤 10 例、肠破裂 4 例、胰腺损伤 3 例; 单一脏器损伤 75 例, 复合脏器损伤 55 例, 合并休克 82 例。

1.2 症状与体征 患者有不同程度的腹痛, 除少数意识障碍者外, 都具有腹痛症状[3], 查体腹部压痛、腹肌紧张、腹膜炎体征。

1.3 治疗 腹部闭合性损伤分为保守治疗何手术治疗, 保守治疗行止血、抗炎、补液等治疗。手术治疗为急诊或择期手术, 剖腹探查术, 如行器官修补、切除、造瘘手术加腹腔冲洗引流, 选用合理的抗菌药物预防和控制感染等。合并休克的患者给予输液、输血等抗休克处理, 合并颅脑损伤患者降颅内压或开颅预防控制脑疝, 伴胸部创伤行胸腔闭式引流术或开胸手术。

2 结果

116 例患者治愈出院, 死亡 14 例(90 例行手术治疗、40 例行非手术治疗)。

3 讨论

3.1 腹部闭合性损伤的急救 我们总结无论是单一腹部脏器损伤还是复合多脏器损伤, 我们首先应保障呼吸道通畅、血压平稳、控制脑疝, 这是救治的关键, 也是进行后续治疗的前提。发现有呼吸道阻塞或通气功能障碍、严重休克或脑疝, 应根据引起的不同原因予以优先处理。处理的重点是休克复苏和止血, 吸氧或行胸腔闭式引流术, 降颅内压, 不但有利于组织灌注量的恢复, 改善组织缺氧, 阻止休克的发展, 还为手术创造了有利的条件, 而且手术安全性大大增加, 但休克纠正时间不宜过长, 特别是出血性休克, 若短期内不好转, 应立即手术探查不得延误。

3.2 腹部闭合性损伤的诊断

3.2.1 诊断措施 腹部 B 超具有无创、快速、对液体准确率高, 价格便宜等优点; 腹部 CT 能高精度地判断实质器官裂伤、血肿, 判断损伤的严重程度, 判断腹腔内的出血量, 提供高度可靠的腹内及腹膜后的损伤情况; 腹部立位 X 光片表现为膈下新月形阴影, 是胃肠道破裂导致腹腔出现游离气体的证据[4]; 诊断性腹腔穿刺术和腹腔灌洗术阳性率可达 90%, 对于判断腹腔内脏有无损伤和哪一类脏器损伤

有很大帮助。腹腔灌洗术优于诊断性腹腔穿刺, 因为灌洗液遍及全腹, 腹腔少量的血液或肠内容物可随灌洗液流出而被发现, 并可全面了解腹腔损伤情况, 可避免不必要的剖腹探查。临床上很多患者病情危急, 不可能允许有更多的检查时间, 我们在实际临床工作中对复合伤的患者采取一次性行头部 CT、胸部 CT、腹部 CT 同时检查, 对需要手术的患者建立绿色通道立即手术治疗, 这样为患者争取了宝贵抢救时间, 有效地提高了抢救成功率。

3.2.2 诊断延误原因 有: (1) 部分患者在早期(伤后 2h 内)因血液或胃肠液流至腹腔尚少, 大网膜包裹, 腹部症状不典型; (2) 老人或小儿腹肌不发达者, 则腹膜刺激征不明显; (3) 合并伤严重, 其症状显著者反而掩盖了腹部伤; (4) 昏迷者(如合并颅脑损伤), 反应性差; (5) 脾肾包膜下破裂及腹膜血肿; (6) 医务人员缺乏经验, 对抢救要点、流程不熟悉, 延误了宝贵的救治时间。或检查不仔细, 尽早正确的诊断是成功救治对策前提, 要求医生询问病史要快速、全面而精炼, 查体要快而准确, 是早期诊断之首要条件。

3.3 治疗

3.3.1 手术治疗 有下述情况之一者, 应及时剖腹探查: (1) 有明确的腹膜刺激征; (2) 胃肠道出血; (3) 持续性低血压难以用腹部以外的原因解释; (4) 腹腔穿刺或灌洗阳性; (5) X 线检查腹腔内有游离气体; (6) 影像学检查提示实质性脏器损伤; (7) 红细胞计数持续性下降; (8) 难以纠正的休克; (9) 肠鸣音逐渐减少, 消失或出现明显腹胀。术中全面系统探查, 彻底清创, 完善止血, 正确处理损伤脏器, 通畅引流是腹部内脏损伤的手术原则, 在腹部多脏器损伤中应依照先止血后修补切除, “先结肠回肠后空肠胃”的次序进行, 手术中求安全、简单、迅速、有效, 一般应以修补为主, 脏器的切除要慎重。

3.3.2 保守治疗 我们认为以下情况可考虑非手术治疗: 脾包膜下血肿, 腹痛局限在左上腹, 血液动力学稳定, 估计失血量在 500ml 以内, 观察 12—24 小时血压无下降者, 排腹腔内其他脏器损伤。非手术治疗过程中应严密观察腹痛的变化情况, 动态观察血压, 血球压积, 如病情加重毫不犹豫地手术, 以挽救病人的生命, 同时应加强纠正水电解质失衡, 积极抗感染治疗, 控制并发症的发生, 提高疗效, 降低病死率。

参考文献

- [1]陈孝平.腹部损伤[M].北京:人民卫生出版社,2001.
- [2]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.
- [3]卢绮萍.腹部损伤的诊治[J].临床外科杂志,2007(11):740-742.
- [4]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.