

文章编号:1005-6947(2007)04-0407-02

· 临床报道 ·

# 胸腹联合伤 48 例诊治体会

彭立

(湖南省澧县人民医院 普通外科, 湖南 澧县 415500)

**摘要:** 回顾性分析 1992 年 1 月—2006 年 8 月收治的 48 例胸腹联合伤患者的临床资料, 其中车祸伤 16 例, 刀刺伤 10 例, 击打伤 8 例, 坠落伤 6 例, 挤压伤 5 例, 枪击伤 3 例。形成创伤性膈疝 16 例。合并有血、气胸者 38 例, 休克 20 例, 创伤性湿肺 11 例。术前确诊 41 例, 误诊 7 例, 误诊率 14.6%。45 例行手术治疗, 其中经左胸切口 24 例, 经右胸切口 7 例, 经腹、胸分别切口 5 例, 经胸腹联合切口 2 例, 经腹部切口 4 例, 经双侧胸切口 3 例。治愈 43 例, 死亡 5 例, 病死率为 10.4%。失血性休克是死亡的主要原因。胸腹联合伤病情复杂严重, 易误诊, 病死率高, 临床应根据病史、体检、X 线检查及穿刺引流等做出综合判断, 对确诊及高度可疑病例应积极行手术治疗。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(4): 407-408]

**关键词:** 创伤和损伤/外科学; 胸腹联合伤/诊断; 胸腹联合伤/治疗

**中图分类号:** R641

**文献标识码:** B

胸腹联合伤是一种严重威胁伤者生命的外伤, 需及时诊断及处理。我院 1992 年 1 月—2006 年 8 月收治 48 例胸腹联合伤, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 36 例, 女 12 例; 年龄 12 至 66 (平均 46.6) 岁。

**收稿日期:** 2007-02-19; **修订日期:** 2007-03-11。

**作者简介:** 彭立, 男, 湖南澧县人, 湖南省澧县人民医院副主任医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:** 彭立 E-mail: oym3399@yahoo.com.cn

闭合性损伤 35 例, 其中车祸伤 16 例, 击打伤 8 例, 坠落伤 6 例, 挤压伤 5 例; 开放性损伤 13 例, 其中刀刺伤 10 例, 枪击伤 3 例, 受伤后至就诊时约 30 min 至 5 h。

### 1.2 损伤情况

左侧膈肌破裂 31 例, 右侧 9 例, 双侧 2 例, 形成创伤性膈疝 18 例; 合并有血、气胸者 32 例; 入院时合并休克 20 例, 创伤性湿肺 11 例。心脏破裂 4 例, 主支气管断裂 2 例, 肝破裂 4 例, 肝脏贯通伤 1 例, 脾破裂 6 例, 胃穿孔 5 例, 肠穿孔 4 例; 肾挫裂伤 3 例, 膀胱破裂 1 例, 尿道断裂 1 例。肋骨骨折 21 例, 四肢骨折 9 例, 骨盆骨折 5 例, 颅骨骨折 4 例, 胸椎骨折 2 例, 腰椎骨折 2 例。

因此对有腹痛、腹部肿块伴有高血压、糖尿病、影像学检查提示腹腔大血管旁实性或囊性肿块者, 要警惕本病。副神经节瘤对放疗、化疗均不敏感。一期手术完全切除肿瘤是首选治疗方法<sup>[3]</sup>, 而术前准备和围手术期处理是手术成功的关键。术前应充分考虑到手术切除时可能遇到的困难, 备血要充足, 准备血管吻合器械、特殊缝线、人工血管等。对于有高血压症状、疑为功能性副神经节瘤者, 术前在予  $\alpha$ -受体阻滞剂降压的同时, 还应扩充血容量, 应用  $\beta$ -受体阻滞剂控制心律。术中按层次从周边向内逐渐解剖剥离瘤体, 保护大血管。术中为维持生命体征平稳, 应特别注意: 切除肿瘤时尽可能避免挤压, 以免瘤体释放儿茶酚胺诱发高血压危象; 切除肿瘤后注意低血压出现。单凭组织形态难以区分腹膜后副神经节瘤的良恶性。病理传统的良恶性诊断标准, 如肿瘤细胞的异型性、局部浸润等, 在本病良恶性判断中并不可靠, 故不宜单纯根据病理形态将

其分为良性或恶性两类, 而应视之为潜在恶性或低度恶性的肿瘤<sup>[4]</sup>。但病理形态学上, 本病多数为良性, 少数为恶性。术后复发病例可再次行手术切除<sup>[3]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 杜晓辉, 李荣, 宋少柏. 原发性腹膜后神经源性肿瘤 93 例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(12): 915-917.
- [2] Sclafani LM, Woodruff JM, Brennan MF. Extraadrenal retroperitoneal paragangliomas: natural history and response to treatment[J]. Surgery, 1990, 108(6): 1124-1129.
- [3] Somasundar P, Krouse R, Hostetter R, et al. Paragangliomas—a decade of clinical experience [J]. J Surg Oncol, 2000, 74(4): 286-290.
- [4] 范娜娣. 王德延肿瘤病理诊断学[M]. 第 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1999. 1605-1611.

### 1.3 辅助检查及术前诊断

本组48例入院时经常规物理检查和X线或CT等检查后,即确诊41例,误诊7例(14.6%)。误诊患者中3例胸外伤误诊为多发性肋骨骨折合并气胸,2例胸部刀刺伤误诊为胸壁贯通伤,1例腹部刀刺伤误诊为单纯腹壁贯通伤,1例坠落伤误诊为骨盆、腰椎骨折,后均因病情加重或在术中确诊。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

45例行手术治疗,其中经左胸切口23例,经右胸切口6例,经双侧胸切口4例,经腹、胸分别切口5例,经胸腹联合切口3例,经腹部切口4例。行膈肌修补术40例,肺修补术27例,心脏修补术各2例,气管吻合术2例,脾切除术6例,肝修补术4例,肝叶切除术1例,肠段切除吻合术1例,胃及肠修补术2例,膀胱修补术1例,骨折复位固定术16例。27例给予患侧胸腔闭式引流,7例行胸腔闭式引流+腹腔引流,4例行腹腔引流。9例术后给予呼吸机辅助通气。3例未手术,均因术前即死亡。

### 2.2 结果

本组治愈43例,死亡5例,其中2例为重度车祸伤合并多发性骨折和脏器破裂,1例枪击伤分别死于脑挫裂伤和出血性休克;2例多处刀刺伤均因术后死于并发ARDS。

## 3 讨论

胸腹联合伤是指胸部开放性或闭合性损伤同时合并有腹腔内脏器的损伤。穿透伤主要为火器伤和锐器伤,此类伤的膈肌裂口通常较小、齐整而部位不定。闭合性胸腹联合伤多因交通事故所致<sup>[1]</sup>,其次是坠落或挤压伤等,胸廓突然受力变形牵拉膈肌,同时胸腹腔受力不均,压差骤增是造成膈肌局部撕裂的主要原因,此类膈肌裂口多发生在边缘薄弱处,较大且不齐,由于右侧肝肾对膈肌具有缓冲作用,故左侧破裂明显多于右侧。由于破裂膈肌的运动功能丧失或明显下降、肺萎陷、纵隔移位及肋骨骨折等,可引起严重呼吸和循环功能障碍,穿透性膈肌破裂死亡率可达31.0%<sup>[2]</sup>。

由于胸腹联合伤累及多脏器、多部位,临床表现复杂且严重,常具有多重性和易变性,而膈肌损伤本身并无特异性表现,容易误诊<sup>[3]</sup>,本组误诊率为14.6%。因此,对车祸伤,坠落伤,穿透伤,尤其有气胸的病人,经止血、引流处理后,呼吸困难等症状无明显改善,并出现继发性休克者,应高度怀疑有膈肌破裂,可从以下几个方面寻求诊断依据。(1)病史:对疑有膈肌破裂的患者应详细询问病史,包括受伤时的环境、体位、器械特征、投射方向及伤后症状等。对不能提供详细病史,尤其是神志不清者,应询问目击者或在场人员。(2)体检:体格检查要尽可能做到全面、仔细,尤其对下胸部和上腹部外伤患者。本组1例18岁男性病人,因腹部锐器伤就诊,查体时仅见中上腹部约1.5cm伤口,少量出血,血压偏低,急诊科医师初诊为腹壁刀刺伤;行简单处理后留观,约10min后病人出现休克,急请外科会诊,考虑腹腔脏器伤急行剖腹探查术,术中于肝左叶前下探及1.5cm出血性裂口,缝合止血后,仍见腹

腔积血,继续探查发现左肝叶上方1.0cm裂口,顺其方向继而扪及膈肌裂口,此时才诊断胸腹联合伤,即顺切口沿胸骨左缘做胸腹联合切口,发现右心室约0.5cm穿通伤并心包填塞,术后恢复良好。由此可见,胸腹联合伤既使临床表现较严重,亦可出现误诊。(3)X线检查:对于胸腹联合伤患者的X线检查,需在条件允许的情况下进行。胸片检查虽不能明确诊断本病,但仍是最基本的影像学检查<sup>[4]</sup>。胸部CT检查对于判断疝入胸腔脏器与膈肌关系较胸片好,如果腹腔脏器位于膈肌边缘外侧,可诊断为膈肌破裂<sup>[5]</sup>。如位于中央或占据全胸腔,需认真识别。本组有1例39岁男性患者,车祸伤在外院诊断为“左侧多发性肋骨骨折合并气胸”,给予胸腔闭式引流,呼吸困难逐渐加重,2d后转入我院时,已出现呼吸衰竭、紫绀、神志淡漠等张力性气胸表现,CT检查示“左侧胸腔大量液、气体,左肺萎陷,纵隔明显右移”,考虑“左支气管断裂合并张力性气胸”,急行剖左胸探查术,术中见左侧锁骨及第2~9肋骨骨折,膈肌外侧破裂约12cm,胃、大网膜嵌入胸腔,胃内食物发酵产气导致胃极度扩张,挤占了左侧胸腔的全部空间并造成张力性气胸样效应,胃壁已部分坏死,左肺破裂并完全萎陷,术后出现ARDS,经积极治疗而愈。(4)穿刺与引流:胸腔穿刺或闭式引流如引流出胆汁或胃肠液,即可确诊为胸腹联合伤。

胸腹联合伤病情大多严重、复杂,应根据伤情全面考虑,正确启动急救程序,决定优先开胸或开腹。优先开胸手术的指征为:(1)心脏大血管损伤;(2)穿透性胸部损伤伴大量外出血;(3)进行性血胸;(4)张力性气胸或气管、支气管损伤;(5)腹部体征相对较轻。优先开腹手术的指征是:(1)穿透性腹部损伤伴腹腔内脏器脱出;(2)腹腔内出血量大;(3)腹腔内空腔脏器破裂;(4)无上述胸内脏器与结构的严重损伤。必要时可同时行胸、腹部手术。胸部和腹部均需手术时,切口应分别进行而不主张胸腹联合切口。对经严密观察治疗后生命体征仍不平稳者,在积极抗休克治疗的同时,应及时果断实施急诊手术。本组有2例因严重失血性休克,虽经积极抢救,但术后仍并发多ARDS而死亡。对于ARDS应尽早行有效的辅助呼吸,充分给氧,必要时,行气管切开。本组有2例死于ARDS。对实质性脏器损伤的非手术治疗,近几年来引起了越来越多的关注;再者腹腔镜技术的日趋成熟,可望减少不必要的剖腹术。

### 参考文献:

- [1] 裘法祖. 外科学. 第4版[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995. 337-338.
- [2] 叶明. 胸腹联合伤63例分析[J]. 浙江创伤外科, 2004, 9(5): 310-311.
- [3] 胡志明, 娄建平, 孟兴成等. 腹腔镜在闭合性腹外伤中的应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2002, 7(3): 157-158.
- [4] 王灿, 张平, 高云瀚, 等. 92例胸腹联合伤临床分析[J]. 中华创伤外科杂志, 2003, 19(6): 365-367.
- [5] 王章勇, 颜斌, 李文化. 182例闭合性腹外伤的诊断治疗分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, (6): 479-480.