

文章编号:1005-6947(2008)02-0167-03

· 临床研究 ·

胸腹联合伤的临床诊断和治疗

孙松昌¹, 张庆昱², 张宏伟¹, 龚勇¹, 罗杰¹

(1. 湖南省常德市第一中医院 外科, 湖南 常德 415000; 2. 湖南中医药大学 05 级硕士研究生, 湖南 长沙 410208)

摘要:目的 总结胸腹联合伤的临床特点和早期救治的经验,以期降低病死率。方法 回顾性分析 1990 年 5 月—2007 年 5 月经手术证实的胸腹联合伤者 63 例临床资料,其中闭合性损伤 34 例,穿透性损伤 29 例;左侧膈肌破裂 47 例,右侧 9 例,双侧 7 例,形成创伤性膈疝 24 例;合并血气胸 63 例,休克 60 例。术前确诊 41 例。63 例均行手术治疗,经左胸手术 18 例,右侧 2 例,双侧开胸 5 例,经胸经腹切口 4 例,经胸腹切口 2 例,经腹切口 32 例。**结果** 治愈 56 例,死亡 7 例,病死率为 11.1%。失血性休克是死亡的主要原因。**结论** 胸腹联合伤病死率高,最常见的死亡原因是失血性休克;手术入路应视具体伤情而定;及早诊断和及时手术是挽救危重患者生命的关键。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(2): 167-169]

关键词: 创伤和损伤/外科学; 胸部损伤; 腹部损伤; 膈肌损伤; 联合伤

中图分类号: R 64

文献标识码: A

Clinical features and management of combined thoracoabdominal injury

SUN Songchang¹, ZHANG Qingyu², Zhang Hongwei¹, Gong yong¹, LUO Jie¹

(1. Surgery of First TCM Hospital, Changde, Hunan 415000, China; 2. Graduate Student of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208)

Abstract: **Objective** To review the clinical features and early management of combined thoracoabdominal injury (CTI), to decrease the mortality rate. **Methods** A retrospective study was carried out in 63 cases of CTI treated surgically from May 1990 to May 2007. There were 34 cases with blunt injuries and 29 cases with penetrating injuries. Forty-seven patients had rupture of left diaphragm, 9 cases had rupture of right diaphragm, 7 cases had rupture of both diaphragms, 24 cases were combined with traumatic diaphragmatic hernia, 63 cases were combined with hemopneumothorax, and 60 cases were combined with shock. Forty-one cases were diagnosed correctly before surgery. Sixty-three cases were treated by surgery, among them, surgery was performed through left thoracotomy in 18 cases, through a right thoracotomy in 2 cases, through bilateral thoracotomy in 5 cases, through thoraco-abdominal incision in 2 cases, and through the abdominal route in 32 cases. **Results** Fifty-six cases were cured, and 7 cases (11.1%) died. The main cause of death was hemorrhagic shock. **Conclusions** CTI has high mortality rate, and the most frequent cause of mortality is hemorrhagic shock. The operative approach is based on the individual injury condition. Early diagnosis and timely surgical intervention is the key to improving the cure rate and reducing mortality in severe CTI.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(2): 167-169]

Key words: Wounds and Injuries/surg; Thoracic Injuries; Abdominal Injuries; Diaphragm Injury; Combined Injuries

CLC number: R 64

Document code: A

收稿日期: 2007-12-14; 修订日期: 2008-01-08。

作者简介: 孙松昌, 男, 湖南省常德市第一中医院副主任医师, 主要从事肝胆、微创腔镜方面的研究。

通讯作者: 孙松昌 E-mail: sunsongc@163.com

胸腹联合伤 (combined thoracoabdominal injuries, CTI) 是一种特殊类型的损伤。由于同时发生胸腔脏器和膈肌的损伤,其伤情复杂,生理紊乱严重,症状相互影响,病死率高。因此,及时的诊断和治疗、救治顺序的先后安排以及手术入路对抢救患者生命均有着重要的意义。我院1990年5月—2007年5月期间收治的此类损伤患者63例,治疗效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男52例,女11例;年龄12~63岁。伤后24h内入院者60例,伤后48~72h入院3例。闭合性胸腹联合伤34例,其中交通事故伤29例,坠落伤3例,挤压伤2例。穿透性胸腹联合伤29例,其中刀刺伤24例,高空坠落异物刺伤5例。本组左侧膈肌破裂47例,右侧膈肌破裂9例,双侧膈肌破裂7例;形成创伤性膈疝24例,右侧8例,左侧14例,双侧2例。63例均有血气胸,其中双侧血气胸8例。肋骨骨折34例,心包及心室壁刺伤并发心包填塞2例,肺挫伤30例,肝脾破裂42例,胃肠破裂26例,胸腹腔内出血量1000 mL以上57例。

1.2 临床表现与诊断

本组63例均有腹痛,59例有胸痛、胸闷、气促等表现。入院时合并休克及休克早期表现者(收缩压<90 mmHg或脉搏>100次/min,神志淡漠,四肢湿冷等)60例;有气管移位、患侧呼吸音减弱者34例;6例患者胸部可闻及肠鸣音;63例均有腹肌紧张、腹部压痛、反跳痛;51例X线片示肋骨骨折、血气胸、肺挫伤等异常表现,12例提示膈肌损伤、膈疝形成;腹部B超检查52例,阳性率82.7%(43/52)。胸腹部CT32例,阳性率87.5%(28/32),8例提示有膈疝形成。63例中腹穿阳性者58例,占92.0%。41例术前确诊,占65.1%;22例术前诊断为腹内脏器损伤,术中探查发现腹内脏器挫伤合并膈肌破裂而确诊。

1.3 治疗情况

本组63例术前经积极抗休克、抗炎,并对有大量血气胸先行胸腔闭式引流术等紧急处理后,均于入院后1~24h内手术。经左胸切口18例,右胸切口2例,双侧胸切口5例,经胸经腹切口4例,经胸腹切口2例,经腹切口32例。术中所见胸腹腔积血量约800~3000 mL,术中行膈肌修补63例。肺修补术26例,心脏修补2例,肝修补

6例,脾修补2例,脾切除34例,胃肠修补24例,小肠切除2例。

2 结果

2.1 手术并发症

切口感染4例,肺部感染3例,脓胸1例,腹腔脓肿1例,均经治疗治愈。

2.2 治疗结果

本组63例中治愈56例(88.9%);死亡7例(11.1%),4例为重度车祸伤,合并多发性骨折和脏器破裂,其中3例先后于术后8~48h死于出血性休克,1例于术后3d死于脑挫裂伤;1例术后第8天死于多器官功能衰竭(MODS);2例多处刀刺伤均由于失血性休克死于手术中。

3 讨论

胸腹联合伤(combined thoracoabdominal injuries, CTI)是指凡有膈肌破裂,累及膈肌毗邻胸、腹两大体腔及其内脏损伤者,可由穿透性损伤和/或钝性暴力致伤。正常呼吸时,左侧膈肌可达第5前肋水平,右侧可达第4前肋水平。因此,在第4肋间以下的穿透伤均有可能造成胸腹联合伤,左侧较右侧为多见,这与斗殴时右手持锐器易刺伤对方左胸有关^[1]。由于膈肌所在的位置特殊,毗邻心脏、大血管和肝脾,CTI易累及上述器官和组织,导致严重出血,因而CTI伤情危重,进展迅速。因此,对于CTI患者,应强调迅速诊断和处理,特别对于严重胸外伤者,若出现呼吸功能不全,应优先及时处理,必要时需行呼吸机辅助呼吸。

救治前必须作出正确的诊断,根据外伤史和受伤部位、结合神志及生命指征来判定病情的危重程度,通过系统而有重点的体格检查及简单而常用的检查方法以及时作出初步诊断。胸部X线检查对膈肌损伤的诊断具有重要价值,75%的膈肌破裂者胸部X线检查异常^[2],本组膈肌破裂者中12例X线检查阳性,阳性率达23.5%。腹腔穿刺是诊断腹部伤的简单可靠手段,本组腹腔穿刺阳性率为92.0%。CT和超声波检查对诊断有一定帮助,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^[3],但CT检查耗费时间,只有在病情相对稳定、条件允许时才可选用。胸腹联合伤伴休克者,应在治疗休克的同时严密监测患者的生命体征,反复检查和腹腔穿刺,对有手术指征者必要时行手术探查。上腹部及前胸第

5肋、后胸第8肋以下的穿透性损伤均有伤及膈肌的可能。闭合性损伤的暴力同时冲击胸腔和腹腔也能引起膈肌破裂,左侧破裂明显多于右侧^[4],常伴有较严重的脏器损伤,而临床常以其它脏器损伤表现为主,因此手术时应注意,以防漏诊膈肌损伤。

在积极抗休克等治疗的同时,及时、合理的手术治疗是胸腹联合伤救治成功的关键,正确的选择手术入路和受伤器官处理的先后顺序安排,以及抢救的及时性等与抢救的有效性有很大的关系^[5]。抢救时,首先解决威胁生命的最重要创伤。应遵循ABC抢救原则,即首先应解决影响患者呼吸的创伤,迅速纠正胸腹联合伤所导致的呼吸衰竭及失血性休克。值得注意的是在内出血及休克基本纠正后应限制输液量,适量补充胶体(如血浆和白蛋白)。伤口位于胸部的锐器穿透性胸腹联合伤手术时,宜选择胸部切口,扩大膈肌切口后,修补腹腔脏器,比较方便安全。钝性胸腹联合伤,若排除致命性的心脏、大血管损伤,可在已有胸腔闭式引流的情况下,以取腹部探查切口手术为宜。其理由为:(1)可以探查双侧膈肌。(2)腹部损伤往往须要优先处理,如:实质性器官破裂大出血,空腔器官破裂泛发性腹膜炎等。(3)经腹

部切口手术对呼吸循环的生理干扰小于经胸手术,这一点对于有严重肺挫伤或MODS的患者尤为重要。本组选用胸腹联合切口手术2例,左胸切口18例,右胸切口2例,双侧开胸切口5例,经胸经腹切口4例,单行剖腹手术32例,手术后给予足够的营养支持和抗感染治疗。保证呼吸道通畅,维持水、电解质和酸碱平衡积极抗感染,保持胸腔引流液的畅通等,是保障膈肌愈合、恢复器官生理功能的必要措施。本组治愈56例,临床治愈率88.9%。

参考文献:

- [1] 魏永祥,蒋琰华.胸腹联合伤的早期诊断与治疗[J].临床医学,2005,25(5):40.
- [2] Marts B, Durham R, Shapiro M, et al. Computed tomography in the diagnosis of blunt thoracic injury [J]. Am J Surg, 1994, 168(11): 691-693.
- [3] 王章勇,颜斌,李文化.182例闭合性腹外伤的诊治分析[J].中国普通外科杂志,2004,13(6):479-480.
- [4] 陈岩,杨鲁民,毛凯平,等.胸腹联合伤42例诊治体会[J].中国现代医学杂志,2006,16(11):1743.
- [5] 梁贵友,石应康,杨建.穿透性胸腹联合伤与胸腹多发伤的比较研究[J].中华创伤杂志,2003,19(6):362-364.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊决定采用汉语拼音姓名的新写法

编辑学报2007年第5期刊登了我国台湾省留美学者许仲平教授提出的中国人汉语拼音姓名写法的建议:姓在前,名在后,姓的字母全大写,名只首字母大写,双名间不加连接号,名字不缩写。

例如:“杨为民”写作“YANG Weimin”,不写作“Yang Weimin”或“YANG Wei-min”或“YANG W M”或“YANG W”。这是一个有助于解决西方人对中国人姓名误解的好建议。

这一建议符合中国人的姓名习惯,与现行有效的国家标准的规范也基本一致,差别只在于建议的姓字母全大写,而国家标准仅规定姓的首字母大写,而这样做确实便于西方人清楚区别中国人的姓和名。目前本刊实行的是姓字母全大写,双名间加连接号。经慎重研究,决定从2008年起采用姓的字母全大写、双名间不加连接号的建议。

中国普通外科杂志编辑部