



## 闭合性腹部损伤246例临床分析

我院1998年8月至2003年8月共救治闭合性腹部损伤246例，治愈235例(95.53%)，效果满意，现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本组男性182例、女性64例，年龄3~65岁。致伤原因：车祸173例、坠落伤38例、钝性伤30例、其它5例。损伤情况：脾破裂113例、肝破裂48例、胰损伤13例、肾脏损伤16例、十二指肠破裂12例、空回肠破裂82例、结直肠破裂8例。同时有2个及2个以上脏器损伤者67例。合并腹部以外创伤89例，其中合并四肢骨折43例、骨盆骨折17例、血气胸25例、脊柱损伤6例、颅脑损伤12例。GCS评分<8分9例、>8分3例。入院时休克76例。伤情评分：ISS<16分188例、ISS>17分58分。

#### 1.2 治疗方法

入院后迅速建立静脉通路，扩充血容量。本组剖腹探查221例。其中脾切除108例、脾修补5例、肝修补36例、肝修补+肝部分切除8例、肝动脉结扎+修补4例、胰腺修补缝合+引流6例、胰体尾切除4例、外伤性假性胰腺囊肿引流3例、肾切除9例、十二指肠破裂单钝修补4例、修补+胃空肠吻合4例、十二指肠憩室化4例、空回肠修补76例、修补+部分肠切除6例、结肠破裂修补3例、结直肠破裂修补+结肠腹壁造瘘5例。

合并伤的处理：胸腔闭式引流19例、开胸手术6例、43例四肢骨折病情稳定后手术治疗28例、石膏外固定15例、骨盆悬吊牵引7例、髂内动脉栓塞止血2例、颅脑损伤开颅手术7例、保守治疗5例。

### 2 结果

本组治愈235例(95.53%)，死亡11例(4.47%)，其中5例合并特重型颅脑损伤死亡，6例伤情过重以及入院前休克时间太长死于多器官功能衰竭。

### 3 讨论

对于大多数闭合性腹部损伤，可根据外伤史、临床表现以及几项简单而有效的辅助检查作出比较准确的诊断：(1)详细了解受伤史，认真观察全身情况，包括脉搏、呼吸、血压、体温，并密切观察其变化；(2)腹部触诊、叩诊、听诊是最重要的基本检查，决不能用其它设备检查取代；(3)诊断性腹腔穿刺和腹腔灌洗(阳

性率>90%[1]); (4)将B超和腹部X线检查作为首选的辅助检查[2]。

严重的腹部脏器损伤常发生休克,如得不到及时有效的治疗将发生多器官功能衰竭死亡[3],因此应尽快补充和维持有效循环血容量。我们在救治创伤性或失血性休克时早期深静脉置管,既可用于快速输液输血,又可用于监测中心静脉压。静脉输入3%氯化钠或7.5%氯化钠溶液是输血前十分有效的应急措施[4]。

剖腹探查是闭合性腹部损伤确定诊断和治疗的重要手段。闭合性腹部损伤剖腹探查主要指征为[5]:(1)有明显的腹膜炎体征且腹痛和腹膜刺激征进行性加重者;(2)腹部X线片显示膈下游离气体或肾周、腰大肌周围有积气者;(3)腹腔抽出不凝固血液、胆汁、肠内容物者;(4)伤后便血、呕血或血尿伴血压进行性下降者;(5)损伤后早期出现休克征象,其它部位创伤轻,疑诊腹内损伤,经积极抗休克而情况不见好转或继续恶化者。正确灵活掌握上述手术指征,及时剖腹探查,能够明显提高救治率。

内脏损伤剖腹探查的处理按“先止血、后修补”的原则[6]。找到出血源后先用简单的方法控制出血,吸净积血,继续探查其它脏器,不可发现一处出血后,固定在此处长时间的彻底处理,而任其它部位继续出血。发现胃肠破裂时,应暂时用肠钳夹住裂口,防止更多的胃肠内空物流入腹腔,待探查完毕后再行处理。一般先处理结肠和末端回肠的裂口,因其内容物感染力强。实质性脏器和空肠脏器同时都有损伤时,应先处理实质性脏器,以便尽早止血。有血管损伤时先处理血管损伤。发现腹膜后血肿无继续扩大或搏动者,则不可切开后腹膜。但疑有髂血管破裂或肾动脉出血、胰腺损伤,则应切开后腹膜探查。

探查顺序是:先探查脾、肝、肠系膜、肾、盆腔等脏器,后探查胃肠[7][8]。对一时没有找到损伤脏器时,切不可匆匆关腹,必须再系统、全面探查,必要时可切开胃结肠韧带,检查胃后壁和胰腺,也可切开十二指肠侧腹壁探查十二指肠,以防十二指肠损伤漏诊误治。脏器损伤处理完毕后,应用大量温生理盐水彻底将腹腔多次冲洗、吸净,特别是注意膈下和盆腔不要存留积液,以免发生脓肿,并放置适合的引流管。

一般抢救顺序是胸、腹、颅脑、泌尿、四肢,处理合并伤也应遵循这些原则。对于腹腔内脏器损伤大出血合并腹部以外创伤的病人,应在急诊部积极抗休克的同时进行剖腹探查,因为只有手术止血才能控制休克,挽救生命,然后对腹部以外的严重创伤进行手术治疗。对合并严重胸部损伤,随时危及生命,如开放性气胸、心脏损伤、胸腔大出血则应先行胸部手术[9],而后行剖腹探查或胸腹部联合手术;对合并四肢骨折,一般可将四肢骨折用夹板固定,待腹部手术后,再择期手术或非手术治疗。

此外,严重腹部外伤尤其是肝外伤、腹腔内出血、休克经复苏治疗后易发生腹腔间室综合征,临床发病十分凶险,其主要原因是腹腔内压力的急性升高。导致急性腹内压增高的原因很多,其中出血是主要的因素,腹部创伤休克时的复苏,内脏的缺血与再灌注、大量输入晶体溶液、内脏肿胀、充血、腹膜后水肿、血肿、大量腹水等因素的相加作用,均可以造成和加重腹腔间室综合征[10],要引起高度重视。

#### 参考文献:

- [1] Henneman PL, Marx JA, Moore EE, et al. Diagnostic peritoneal lavage: Accuracy in predicting necessary laparotomy following blunt and penetrating trauma[J]. J Trauma, 1990, 30: 135.
- [2] Rozycki GS, Ochsner MG, Schmide JA, et al. A prospective study of surgeon-performed ultrasound as the primary adjuvant modality for injured patient assessment[J]. J Trauma, 1995, 39: 492.
- [3] 黎 鳌. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1996. 345-53.
- [4] Vasar MJ. 7.5% NaCl/Dex70 for resuscitation of trauma patients un-dergoing helicopter transport[J]. Arch Surg, 1991, 126: 1065.
- [5] 裘法祖. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1997. 408
- [6] 高德明, 马庆久. 腹部损伤中剖腹探查的指征与原则[J]. 临床外科杂志, 2003, 11(4): 209
- [7] 蔡瑞军, 陈 钢, 邹小明, 等. 创伤性膈疝破裂的误、漏诊原因分析[J]. 第一军医大学学报(J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao), 2001, 21(1): 73.
- [8] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001. 142.
- [9] 朱 平. 严重胸腹部闭合性联合伤致呼吸心跳停止成功抢救1例[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(9): 861.

Zhu P. Successful management of sudden respiratory and heart ar-rest resulting from severe closed thoracoabdominal trauma: report of one case[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(9): 861.

[10] 孙英刚, 黄宗海, 宋惠娟, 等. 腹腔间室综合征11例临床观察与分析[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(1): 43.

Sun YG, Huang ZH, Song HJ, et al. Clinical observation of abdominal compartment syndrome: report of 11 cases[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(1): 43.

#### 参考文献:

[1] Henneman PL, Marx JA, Moore EE, et al. Diagnostic peritoneal lavage: Accuracy in predicting necessary laparotomy following blunt and penetrating trauma[J]. J Trauma, 1990, 30: 135.

[2] Rozycki GS, Ochsner MG, Schmide JA, et al. A prospective study of surgeon-performed ultrasound as the primary adjuvant modality for injured patient assessment[J]. J Trauma, 1995, 39: 492.

[3] 黎 鳌. 现代创伤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 345-53.

[4] Vasar MJ. 7.5% NaCl/Dex70 for resuscitation of trauma patients undergoing helicopter transport[J]. Arch Surg, 1991, 126: 1065.

[5] 裘法祖. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 408

[6] 高德明, 马庆久. 腹部损伤中剖腹探查的指征与原则[J]. 临床外科杂志, 2003, 11(4): 209

[7] 蔡瑞军, 陈 钢, 邹小明, 等. 创伤性膈疝破裂的误、漏诊原因分析[J]. 第一军医大学学报(J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao), 2001, 21(1): 73.

[8] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 142.

[9] 朱 平. 严重胸腹部闭合性联合伤致呼吸心跳停止成功抢救1例[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(9): 861.

Zhu P. Successful management of sudden respiratory and heart ar-rest resulting from severe closed thoracoabdominal trauma: report of one case[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(9): 861.

[10] 孙英刚, 黄宗海, 宋惠娟, 等. 腹腔间室综合征11例临床观察与分析[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(1): 43.

Sun YG, Huang ZH, Song HJ, et al. Clinical observation of abdominal compartment syndrome: report of 11 cases[J]. J First Mil Med Univ/Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao, 2002, 22(1): 43.