

临床经验 ·

严重多发伤合并创伤性膈疝
32 例诊治分析

华中科技大学同济医学院

附属同济医院外科(430030)

陈继革 白祥军 王欣 刘开俊

[关键词] 多发伤; 膈疝; 创伤性膈疝

[中图分类号] R655.6 [文献标识码] A

[文章编号] 1005-6483(2005)12-0793-02

创伤性膈疝常伴有严重的多发伤,临床上可因顾及到较明显严重的损伤而忽视了创伤性膈疝的存在,一旦漏诊,会造成严重后果^[1]。我院于 1999 年 1 月至 2004 年 1 月收治严重多发伤合并创伤性膈疝患者 32 例,现就其早期诊断与治疗问题进行讨论。

临床资料

1. 一般资料:本组 32 例患者,男 26 例,女 6 例;年龄 11~64 岁,平均 35.6 岁。受伤原因为车祸伤 12 例,坠落伤 7 例,刀伤 10 例,枪伤 3 例。入院距受伤时间 30 min~8.5 h,其中 29 例在伤后 2 h 内入院。临床表现及诊断:患者均有胸腹痛,进行性呼吸困难。体检发现一侧肺部呼吸音低或消失,X 线检查均发现一侧肺不张,胸腔有气液平面或有致密影,膈面不清。入院时休克者 26 例,经观察 1~2 h 出现休克者 5 例;13 例刀伤、枪伤伤口位于第 6~9 肋(左侧 9 例,右侧 4 例);入院时有腹膜炎体征者 25 例,经观察 1~2 h 出现腹膜炎者 5 例;28 例入院时伤侧肺部呼吸音减弱,3 例经观察 6 h 后呼吸音减弱,8 例伤侧胸部听到肠鸣音。32 例胸腹部 X 线检查均提示膈肌上抬,其中 27 例胸腔见胃肠影,10 例提示血气胸,肺纹理不清。腹腔穿刺 30 例,结果阳性者 28 例。本组 27 例术前诊断膈疝,占 84.4%。损伤情况:左侧膈疝 22 例,右侧膈疝 10 例,裂口 2~10.5 cm。闭合性损伤 18 例,开放性损伤 14 例。本组病例均为多发伤,合并一处或多处损伤,其中颅脑外伤 25 例,多发性肋骨骨折 15 例,四肢骨折 27 例,骨盆骨折 8 例,创伤性、失血性休克 26 例。胸腹腔内脏损伤情况为左肺裂伤者 6 例,右肺裂伤者 5 例,肝破裂者 11 例,脾破裂者 17 例,胃疝入胸腔并破裂者 7 例,小肠及横结肠疝入者 5 例,大网膜破裂者 6 例。膈肌线状损伤 25 例,膈肌星状损伤 6 例,膈肌沿胸壁附着处撕裂伤 1 例。

2. 处理方法:本组 31 例患者于伤后 8 h 内手术,1 例于伤后 24 h 手术,手术切口为经腹手术 21 例,经胸 6 例,开胸和开腹二切口 3 例,胸腹联合切口 2 例。32 例患者均行膈肌修补术,其中 25 例线状损伤直接间断缝合修补膈肌破口,7 例星状损伤中 4 例经修剪后直接间断缝合修补膈肌破口,2 例用心包

补片,1 例用涤纶补片修补。附加肺修补 11 例,肝修补 11 例,脾修补 2 例,脾切除 15 例,胃修补 6 例,胃部分切除吻合 1 例,回肠部分切除吻合 2 例,横结肠修补 1 例,大网膜缝扎止血修补 6 例。所有患者均放置胸腔闭式引流者。

3. 结果:本组 31 例治愈,死亡 1 例,住院时间 11~42 d。

讨 论

严重多发伤中合并闭合性腹部损伤时,由于外力突然严重地挤压腹部及下胸部,此瞬间声门尚未关闭,肺部组织缺乏对抗力,即产生巨大的胸腹压力阶差。这种阶梯压力差超过膈肌所能承受的限度时,即发生膈肌破裂。膈肌破裂的同时因胸腹腔的压力差,使腹腔内脏疝入胸腔形成膈疝。创伤性膈疝一般发生在左侧,可能是由于右侧膈下有肝脏,肝周韧带有较强的对抗力,很少发生右侧膈疝。一旦发生右侧膈肌破裂和膈疝,常合并肝破裂。

临床上由于创伤性膈疝的发生率并不高,而且往往合并胸腔或腹腔内脏损伤及多发性内脏损伤,故对于多发性创伤患者,不仅要关注较明显的损伤,还要警惕创伤性膈疝的存在,树立“整体观念”,力求早期诊断。创伤性膈疝的临床表现因裂孔大小,部位以及合并伤的种类及程度不同,我们认为,根据外伤史,腹部或下胸部开放或闭合伤后出现胸痛、呼吸困难、呕吐、一侧肺呼吸音减弱或消失,或胸部听到肠鸣音,均提示有膈肌破裂的可能。胸腹部 X 线检查对膈疝的早期诊断有重要意义,X 线检查发现一侧肺不张,纵隔移位,膈肌上抬,胸腔内有气液平面,即可考虑本病。本组所有患者入院时 X 线均显示膈肌上抬,其中 27 例胸腔见胃肠影,10 例提示血气胸,肺纹理不清。CT、MRI 检查也可确诊创伤性膈疝^[2],并可同时了解胸、腹部有无其他脏器损伤。但尽管如此,临床上仍有早期漏诊的病例发生。本组死亡的 1 例因合并严重的创伤性湿肺和骨盆骨折、腹膜后血肿导致创伤性休克,开始并未确诊创伤性膈疝,当出现明显的呼吸困难后才手术探查,发现膈疝合并胃破裂及胸腹腔感染,虽然进行了胃破裂修补和胸腹腔引流,患者最后仍死于严重感染和多器官功能衰竭。因此,对严重多发伤可能合并创伤性膈疝者应全面细致地检查以避免漏诊。

创伤性膈疝的治疗通常需要外科手术,并且要求做到早期手术。本组中 30 例均在入院后抗休克的同时做紧急手术。术式应力求简单有效^[3],对合并多发肋骨骨折及胸腔内有大量出血者,一般先行胸部探查,首先控制活动性出血,合并胃破裂时立即做缝合修补,还纳疝入胸腔的腹部脏器,缝合膈肌,关闭胸部切口;对确诊的膈疝,经腹部切口可以还纳疝入胸腔的腹内脏器,如多脏器疝入胸腔,复位的顺序应最先是小肠,最后是胃^[4]。对膈肌线状损伤可直接修补,修补时每针缝线均要通过膈肌的全层组织,包括膈胸膜和被覆膈肌的腹膜;膈肌星状损伤经修剪后一般也可直接缝合修补,如膈肌损伤较大可采用心包补片或涤纶补片修补;如膈肌沿肋骨附着处撕裂,可将膈肌直接缝于肋间肌上。关于手术径路应根据伤情而定,是经胸、经腹或胸腹分别作切口,还是作胸腹联合切口,迄今仍是一个

有争议的问题。我们认为,对疑有腹内多脏器损伤时,应经腹手术;确诊或疑有胸腔脏器损伤者宜经胸手术,同时需要探查或处理腹腔内脏损伤者,再另作腹部切口;尽量避免胸腹联合切口,此入路损伤大,造成患者过大的精神和生理负担,一旦并发肋软骨炎亦难以处理。术毕要彻底冲洗胸或腹腔,常规放置胸腔闭式引流,以保证术后肺迅速复张和防止胸腔并发症。

合并有急性创伤性膈疝的多发伤往往病情迅猛而严重,早期即可发生创伤性休克,并导致全身多器官功能衰竭^[5]。如果漏诊创伤性膈疝,已存在的一侧肺无功能或合并胃破裂等感染因素,更容易引起多器官功能衰竭^[6]。因此治疗的关键是积极抗休克同时及时手术,减少多器官功能衰竭的发生。术后应及时处理多发伤和并发症,加强抗感染、维持水电解质平衡及营养支持治疗,可望提高抢救成功率。

参考文献

[1] 陈绍礼,李礼. 创伤性膈肌破裂的早期诊断与治疗[J]. 中华创伤杂志, 2002, 18(7) 565-566.

[2] Scaglione M, Pinto P, Grassi R. Diagnostic sensitivity of computerized tomography in closed trauma of the diaphragm retrospective study of 35 consecutive cases[J]. Radiol Med Torino, 2000, 99(1) 46-49.

[3] 洪卫东. 12 例创伤性膈疝的诊治体会[J]. 中国临床医学, 2001, 8(2) 179-180.

[4] Meyer G, Huttel TP, Hatz RA. Surgical repair of traumatic diaphragmatic hernias[J]. Surg Endosc, 2000, 14(11) 1010-1014.

[5] Nyman KM, Waldeman MB, Forsstrom J. Serum phospholipase in patients with multiple organ failure[J]. J Surg Res, 1996, 60(8) 7-13.

[6] Murray JA, Demetriades D, Cornwell E. Penetrating left thoracoabdominal trauma: The incidence and clinical presentation of diaphragm injuries[J]. J Trauma, 1997, 38(5) 824-829.

[作者简介]陈继革(1970 -) ,男,主治医师。

(收稿日期:2004-07-06)

Dieulafoy 病致上消化道出血的诊断与治疗

武汉大学人民医院普外科(430060)

宋丙潭 童仕伦 吴红学

[关键词] Dieulafoy 病; 上消化道出血; 诊断; 治疗

[中图分类号] R656.6 [文献标识码] A

[文章编号] 1005-6483(2005)12-0794-02

Dieulafoy 病是上消化道大出血的少见病因之一,起病急、出血量大且速度快,常危及生命,但因其病灶小、部位隐匿,易误诊或漏诊。近 8 年来我院收治 Dieulafoy 病 15 例,分析如下。

临床资料

1. 一般资料:15 例中男 11 例,女 4 例,年龄 19~78 岁,平均 57.5 岁。单纯呕血者 8 例,单纯黑便者 3 例,呕血伴黑便者

4 例,入院时血红蛋白含量均 < 75 g/L;7 例出现失血性休克。12 例为首次出血,且均无消化道前驱症状;2 例有上消化道出血史,且当时内镜均未发现病变;1 例曾因上消化道大出血行胃大部切除术。发病前酗酒者 5 例,暴饮暴食者 3 例。

2. 诊断:内镜首次确诊 6 例,再次确诊 2 例,出血点周围黏膜均见到糜烂或浅表性溃疡,其中 5 例为搏动性出血小动脉,3 例为出汗样渗血小动脉;误诊为十二指肠球部溃疡并上消化道出血 1 例。选择性血管造影确诊 3 例,均见到造影剂外溢。手术探查确诊 4 例,3 例为溃疡基底部小动脉喷射性出血;1 例溃疡表面为血凝块附着,用明胶海绵擦拭后见到小动脉搏动性出血。

3. 治疗及预后:内镜下病灶局部喷洒止血药物加硬化剂注射治疗 8 例,1 例中转手术;血管造影下栓塞治疗 3 例,1 例中转手术;手术治疗 6 例,其中广泛病灶楔形切除术 2 例、胃近端部分切除术 3 例、残胃全部切除术 1 例。病灶在胃小弯 10 例,胃大弯 2 例,十二指肠球部 2 例,空肠 1 例。14 例治愈,1 例死于术后多系统器官功能衰竭(MSOF)。随访 1~3 年,均未再有出血。

讨 论

Dieulafoy 病主要临床特点为:突发性上消化道大出血,病灶在幽门以上以呕血为主、以下以便血为主,就诊时呕血约 74%,休克约 54%;多无上消化道溃疡及门静脉高压病史,发病前多无消化道前驱症状,酗酒、暴饮暴食、进刺激性食物可为其诱因。Dieulafoy 病可发生于全消化道,但约 80% 病灶在胃小弯距胃食管连接处 6 cm 内,为胃左动脉供血区。

Dieulafoy 病较少见,临床表现缺乏特异性,病灶隐匿,易误诊或漏诊,尤其出血静止期或胃内大量积血时诊断更为困难。目前其诊断方法主要有: 内镜,是首选和主要的诊断措施,诊断率可达 90% 以上^[1]。内镜诊断本病必须有严格标准,否则会扩大本病诊断范围; 选择性血管造影,准确率 20%~30%。我们主张 2 次以上内镜检查怀疑本病而不能确诊时,应行此检查,其优点为:对全消化道出血的定位、定性准确;不受胃内积血或血凝块影响;如发现病灶可行介入性治疗,部分患者可避免开腹手术; 手术探查,仍是确诊的主要方法之一。我们主张当以上检查难以确诊或病情危重或因其他原因不能接受以上检查时,应行手术探查,以免病情加重而错过治疗。当发现黏膜有局灶性浅表性缺损,中央有小动脉裸露并呈活动性出血时即可确诊。

Dieulafoy 病的治疗方法主要有: 保守治疗,主要为为进一步治疗做准备,包括禁饮食、输血、维持水电解质平衡,抑制胃酸等。 内镜治疗,是目前公认的首选措施,有效率可达 95%,中转手术及再出血手术率 8%,总病死率 10.7%。本组内镜治疗 8 例。方法主要有:病灶局部药物注射,如硬化剂、无水酒精等;临床上多用注射硬化剂,本组应用 8 例,7 例成功。高频电凝、热探头烧灼术,临床上应用也较多。橡皮条套扎法和注射或热探头烧灼法效果相当^[2],但目前国内应用较少。上述方法可单独或联合应用,临床上多联合应用。内镜治疗后有再出血危险,故术后应密切监测病情变化。 内镜联合腹腔镜切除

通讯作者:童仕伦

