

机动车致重危多发伤 178 例救治及预后

广西贵港市中西医结合骨科医院(537100) 覃子忠 刘志高

1986~1993 年我院治疗机动车交通事故致伤 1253 例,其中重危多发伤 178 例,现将救治及预后报告如下。

临床资料

机动车致重危多发伤后休克、昏迷入院抢救治疗列入本组。男 13 例,女 65 例;年龄 7~82 岁,平均年龄 38.7 岁,20~45 岁占 67.5%;车撞伤 103 例,车砸伤 27 例,翻车伤 31 例,车挤压伤 12 例,爬跳车摔伤 5 例。

178 例重危多发伤计 489 处伤,其中颅脑损伤 21 例次,周围神经断伤 8 例次,多条肋骨骨折并血气胸 39 例次,腹内肝脾破裂 15 例次,胃破裂 16 例次,小肠破裂 17 例次,结肠破裂 3 例次,直肠肛门伤 1 例次,颈椎骨折并脊髓损伤高位截瘫 6 例次,胸腰椎骨折并脊髓损伤 25 例次,上、下肢骨折分别 81、105 例次,骨盆骨折 45 例次,膀胱、尿道破裂 21 例次,严重肾挫伤 4 例次,会阴阴道伤 1 例次,大血管断裂 8 例次,骨盆骨折并广泛腹膜后血肿出血性休克 45 例次,眼球伤 2 例次,皮肤广泛脱套伤 26 例次。178 例 489 处伤,其中 2 处伤 103 例,3 处伤 42 例,4 处伤 21 例,5 处伤 3 例,6 处伤 5 例,7 处伤 4 例。手术 355 例次。

本组漏诊 75 例次,其中颅脑伤 2 例次,胃穿孔 2 例次,小肠破裂 3 例次,肝破裂、直肠肛门伤各 1 例次,四肢骨折 58 例次,严重肾挫伤 3 例次,会阴阴道伤 1 例次,肋骨骨折并血气胸 4 例次。

178 例死亡 87 例,其中 36 例因多发骨折大出血、休克时间长,重型颅脑伤,胸部伤并多条多处肋骨骨折血气胸,腹内多发肝、脾、胃、肠破裂伤,高龄患者,入院 24 小时内死亡。晚期死亡 51 例,因难以控制开放性多发骨折严重感染,肺感染,泌尿系统感染,败血症等导致多器官衰竭综合症。

本组 178 例中残废 21 例,其中植物生存 1 例,严重四肢瘫及截瘫 11 例,四肢缺残 8 例,单眼球摘除 1 例,及各种不同后遗症。

讨 论

本文重点讨论机动车交通事故致伤后患者,如何降低死亡率,减少残废问题,关键是急诊室迅速有效复苏,预防漏诊,防治并发多器官衰竭综合症,重建肢体功能等。分述如下:

1,急诊室要求(1)接诊医、护必须诊治同步,数分钟内对呼吸、循环、消化、泌尿、颅脑、脊柱及四肢完成必要检查,供氧,建立多条静脉通道,特殊检查抽取标本。(2)紧急处理威胁患者生命伤。(3)迅速输液、输血,有效复苏。(4)避免漏诊。(5)向有关人员交待患者伤情及预后估计。(6)加强对患者心理护理。

2,防治感染是预防多发器官综合症(MOF)降低死亡率的关键。重危多发伤患者休克昏迷,经大量输液输血,大手术后复苏进入康复阶段,晚期死亡原因多继发感染并多器官衰竭综合症。本组晚期死亡 51 例,占死亡 58.62%。延迟开放性多发骨折创伤性休克处理导致 MOF 是抢救失败原因之一。在抗休克中凭尿量和血压判断液量和肾功能情况,但休克和感染等均可造成肾髓质组织渗透压下降,远曲小管和集合管浓缩功能下降,尿量相对增多。应综合中心静脉压、肺动脉楔压等指标指导补液^[1]。我们抢救 11 例抗休克患者中忽略尿钠,尿比重测定,没有对骨折进行及时清创,早期外或内固定,而是等待观望,结果死亡于脂肪栓塞综合征 6 例。另 5 例感染导致 MOF 死亡。如 1 例双下肢不全离断伤,大出血休克、昏迷入院濒死,24 小时内输血 4000ml,输液 6000ml,血压平稳,尿量正常,次日施行双大腿截肢术,术后创口严重感染,组织坏死,毒物吸收,无尿,虽经努力抢救,第 6 天仍发生脂肪栓

塞综合征,伤后第 11 天死于肾、肺、脑衰竭。

3. MOF 发生与难以控制感染有关。严重颅脑损伤并多发伤较长时间昏迷。本组 15 例,由于中枢神经功能衰竭,各器官系统应激状态调节功能减退,痰潴留、反复吸引仍有肺感染。长期不能进食导致营养不良,休克,败血症,并发 MOF。颈髓损害患者 5 例并高位截瘫,相应高位骨骼肌瘫痪,及失植物神经支配,呼吸肌麻痹,四肢瘫、咳嗽反射下降,易发肺感染,大小便潴留,褥疮诱发难以控制的感染。胸、腰椎骨折脊髓断裂截瘫 8 例,长期导尿,褥疮发生,泌尿系统感染。Baue^[2]认为感染是一个器官衰竭导致另一个器官衰竭的枢纽。结果以上患者发生 MOF,抢救无效死亡。至今 MOF 虽无特效治疗手段,但对重危多发伤患者迅速止血,循环复苏,即行有效清创,外或内固定,预防感染预防毒物吸收,伤后 4 小时内给与有效足量

的抗生素。颅脑损伤,高位截瘫患者,特别昏迷病人早期行气管切开加强呼吸道管理,预防肺感染。颅脑损伤者易出现重度营养不良而加快 MOF 发生,应给予静脉高营养治疗,维持代谢平衡。

4. 应用新技术,积极重建肢体功能,提高患者生存自理能力,减少残废率。我们在抢救 74 处重伤患肢中断肢再植 5 例,血管吻合 8 例,神经吻合 6 例,神经移植 1 例均获成功,2 例不全断足,经精心手术治疗而获成功,痊愈出院。

参考文献

1. 范顺武,等. 多器官衰竭综合征 中华创伤杂志 1991: 7(3);170.
2. Baue AE et al, Preuention of multiple syyem failure sung Clin Am 1980: 60;1167.

足底外伤后纤维肉瘤 1 例报告

山东省诸城市人民医院(262200)宋振东 秦奎华 王培先

董某,女,23 岁,工人。1993 年 10 月 7 日首诊,自述右足底砾伤后渐起一肿物 2 年余,平时无明显不适,仅在行走时或踩到质硬隆起的石块等物时感疼痛,近 1 个月来足底肿胀加快,行走及站久则感疼痛加重且伴有轻度跛行来诊。查体:右下肢略跛行,右足底部饱满,均匀隆起,似扁平足,与健侧对比差异较著,右足底部表皮完整,色泽无异常,右足底中部可触到弥漫性肿物,边欠清,质较韧,似有一定张力,深压痛,足背部结构正常,浅表静脉无过度充盈,足趾部结构及功能如常,血运良好。X 片示正常右足组成骨,初步诊断:腱鞘囊肿。为进一步明确诊断,在局部消毒后用 9 号针头对足底肿物穿刺,未抽出胶冻状粘液,嘱入骨外科手术治疗。

手术治疗:局部麻醉下以肿物为中心行右足底纵行切口,剥离足底浅腱膜后,继而切开腱鞘膜鞘见一实体性肿物,呈不规则结节状,包膜不完整,面积约 5×

6cm 大小,占满腱鞘中部,并推挤腱膜至踝跗关节及趾骨间底部,肿物与腱膜及屈趾短肌腱粘连,经剥离后切除肿物,常规缝合,切除肿物送病理科检验。

病理检查:(1)肉眼所见:不规则结节状肿物,体积约 6×5×3cm,部份附有包膜,切面呈灰白色,质脆,均质,无坏死及出血,经常规制片 HE 染色后镜检。(2)镜下所见:瘤细胞不规则排列,中等分化,以实体性或呈腺泡状结构相间,细胞形态较一致,呈梭形或椭圆型,胞浆中等量,染色淡红色,胞核增大不规则,核膜增厚,染色深,核膜内侧面有粗颗粒的染色质聚集,异型性明显间或有核仁。(3)诊断:“滑膜肉瘤”。

1 周后二次手术,行右小腿中远 1/3 段截除。

体会:该病例因外伤而诱发右足底肿物,病史较长,生长较缓慢,临床症状和查体所见均支持“腱鞘囊肿”的诊断,而手术所见和病理诊断不然,这提示我们在今后工作中要知常知变,才能提高诊断水平。