

严重多发伤的诊断和治疗

温州医学院二院 (325003)

施巨友 游 涛

本文对 150 例严重多发伤的救治进行总结分析。

临床资料

本组 150 例中,男 145 例,女 5 例;年龄 17~86 岁;车祸 108 例,刀刺伤 20 例,坠落伤 10 例,挤压伤 12 例;最多 6 个脏器和部位同时受伤,其中肝破裂 85 例,脾破裂 105 例,肾破裂 75 例,胃破裂 10 例,小肠和结肠破裂 18 例,肝后静脉刺破 1 例,下腔静脉和肠系膜静脉刺破各 1 例,胰腺破裂 10 例,膀胱破裂 6 例,骨盆骨折 15 例,脑疝 15 例,四肢骨折 10 例,肋骨骨折伴血气胸 10 例,脊柱骨折 2 例,卵巢破裂 2 例,会阴严重撕裂伤 10 例,膈肌破裂 2 例。

治疗方法

脾破裂行脾切除 100 例,修补 5 例,脾片移植 2 例。肝破裂行缝合修补或加大网膜填塞 85 例,肝后静脉破裂填塞 1 例。肾蒂撕裂和肾破裂行肾切除 73 例,修补 2 例。胃破裂修补 10 例。十二指肠 2~3 段破裂修补加憩室化 8 例。小肠破裂修补 18 例。结肠破裂修补加造瘘 8 例,修补 2 例。膀胱破裂行修补加造瘘 6 例。下腔静脉破裂修补 1 例。卵巢破裂修补 2 例。后尿道离断行尿道会师 5 例。膈破裂行修补 2 例。血气胸行闭式引流 10 例。脑疝血肿清除 4 例。腹膜后巨大血肿出血来自骨盆骨折和会阴部严重撕裂行双侧髂内动脉结扎术 6 例。

治疗结果

治愈 135 例,死亡 15 例。再手术 17 例,漏诊 5 例。术后肠梗阻 3 例,腹腔脓肿 5 例,胰瘘 2 例,应激性溃疡消化道出血 10 例,急性肾衰 10 例,多器官功能衰竭(MOF) 10 例,败血症 3 例,二重感染 2 例,假膜性肠炎伴消化道出血 1 例。

讨 论

1. 及时诊断和手术是救治成功关键:根据病史外伤作用机制和体征,如腹壁和下胸壁瘀血斑,触痛,肋骨骨折,肝脾区叩击痛,腹膜刺激征,腹胀,脸色苍白,脉细速,呼吸急促,烦躁不安,出冷汗,血压低于正常,即可做出腹腔内脏器伤出血休克的诊断。若腹腔穿刺能抽到不凝血确诊率达 93.1%^[1]。B 超和 CT 对内脏破裂和腹腔出血(积液)准确率达 96%^[2]。当然严重

休克病人不宜多搬动,不要为了做 B 超和 CT 而耽误抢救时间,患者处于休克和呼吸窘迫综合征(ARDS)时需要立即进行上肢静脉或颈内静脉插管快速扩容抗休克,边抗休克边手术,不要等血压回升正常再手术,因为只有把腹腔出血止住才能使血压回升正常,术后不能恢复自主呼吸的病人,需在监护室内进行麻醉机呼吸和心肺监护,直至恢复自主呼吸和生命体征稳定。

2. 避免漏诊:腹腔脏器依次进行探查,特别是腹膜后脏器,膈肌和盆腔内脏器均需进行详细探查,不要满足个别脏器破裂的发现而草率关腹。

3. 防治感染:术后高热 39℃ 持续不退,白细胞 $> 20 \times 10^9/L$, 血培养细菌阳性,收缩压 $< 10.7 KPa$, 是败血症中毒性休克表现,应找出腹腔内感染灶,及时进行引流,避免大剂量广谱抗菌素长期使用,以免进一步损害肝肾功能,甚至出现二重感染。如霉菌性肠炎和假膜性肠炎,特别是后者会出现间歇性大量血便,且伴有血块和粘膜,很易休克,大便细菌培养或涂片可找到梭形芽孢杆菌,这种消化道出血很容易同应激性溃疡消化道出血相混淆^[3],因此,高级广谱抗菌素使用超过一周仍不能控制感染应考虑残余脓肿或腹腔引流不畅或存在二重感染,假膜性肠炎使用万古霉素有较好的效果,霉菌感染使用酮康唑口服或咪康唑静脉滴注效果也较好,然而这些药物对肝肾功能损害较大,有肝肾功能不全者使用需谨慎。

4. 防治 MOF:多脏器损伤,失血性休克及大量输入库血容易出现 ARDS,凝血功能障碍,低氧低蛋白血症和非特异性免疫功能低下等并发症,如果治疗不及时随之出现 MOF。

5. 营养支持治疗:严重多发伤,患者处于高代谢,负氮平衡,大量消耗自身脂肪和白蛋白,使免疫力日趋低下,影响抗御感染和修复,本组通过 TPN 和 TEN 治疗加强患者营养增强抗感染能力和组织器官功能衰竭,TPN 和 TEN 优选 TEN,中心静脉和周围静脉插管优选周围静脉,营养计算方法根据 Harris-Beneclie 公式和 Shilgal-rose 公式再参考能量临床校正系数^[4]。

参考资料

1. 李谋秋. 腹部伤合并颅脑伤的诊治. 中国实用外科杂志,

1991.11: 338.

- 2. Glaserk AR. CH Surg, 1994, 129 (7): 743~747.
- 3. 曹国海. 假膜性结肠炎是否为一个外科疾病(英). 国外医

学外科分册, 1995, 3: 186.

- 4. 李宁. 危重病人的营养支持. 普外临床, 1994, 2: 66.

(收稿: 1997-01-16)

中西医结合治疗胫腓骨骨折

河南省禹州市人民医院 (452570)

樊振欣 孙书华 王天生*

我院自 1985 年元月~1992 年元月用中西医结合的方法治疗胫腓骨骨折, 现将有完整资料并获得随访的 243 例报告如下:

临床资料 本组 243 例, 男 208 例, 女 35 例。年龄最大 83 岁, 最小 4 岁。其中闭合性骨折 170 例, 开放性骨折 73 例。243 例均行 X 线照片, 斜形、螺旋形或粉碎性等不稳定型骨折 162 例, 稳定型骨折 81 例。伤后距入院时间最短 2 小时, 最长 8 天, 平均 9 小时。

治疗方法 243 例用中西医结合的方法, 根据骨折不同类型分别进行处理。

1. 闭合性骨折: 入院后即行患肢抬高, 跟骨持续牵引, 根据病人年龄、体质、肌肉发达程度等因素牵引重量为体重的 1/20~1/5, 由重渐轻, 由复位重量减至维持重量。对于一些肢体肿胀明显者局部外敷祛瘀活血、消肿止痛的中药。一周后患肢肿胀消退, 加用小夹板外固定, 二周内达到复位要求。三周左右解除骨牵引, 去掉小夹板, 给以超膝关节的患肢管形石膏固定。对于少数稳定型且骨折移位较轻者, 直接进行手法复位, 长腿管形石膏固定。对于中下段胫腓骨骨折, 长腿管形石膏固定四周左右, 改为膝下短腿管形石膏固定, 并加强膝关节的伸屈活动。

2. 开放性骨折: 争取在 12 小时内清创缝合或小伤口的消毒包扎。污染轻的伤口可一期简单内固定, 对于大的挫裂伤口或创面, 清除污染严重的和失去血供的组织, 一期缝合, 必要时伤口内下引流, 然后间断局部换药, 其他处理过程同上。一部分病例三周左右伤口仍未愈合, 但创面缩小, 我们仍按时给以长腿管形石膏固定, 加以局部开窗换药, 直至伤口愈合。

3. 内服中药按骨折愈合过程分期应用, 结合全身症状辨证施治。一至二周内, 可用行气和血法治疗; 两周后应用和血、养血药物。西药根据不同情况, 开放性骨折可口服、肌注或静滴抗生素。三周内, 在骨牵引和

小夹板固定的同时, 即可进行股四头肌的舒缩活动和足趾的伸屈活动; 三周后在长腿管形石膏固定下, 加强上述活动, 改用膝下短腿管形石膏或行走石膏固定后, 进行膝关节的伸屈活动, 并开始不负重的下地活动, 逐渐过渡到负重活动, 10~12 周后来院复查或照片以决定是否解除石膏外固定。

治疗结果 本组随访 2~9 年, 优: 骨折恢复解剖复位或近似解剖复位, 四个月内完全恢复肢体功能 141 例; 良: 骨折达功能复位, 骨折轻度成角(侧方成角<5°, 前后成角<10°)但不影响行走者 64 例; 可: 骨折有成角畸形(>5°, 前后成角>10°)或有轻度膝关节、踝关节粘连, 但尚可下地行走, 生活能自理 26 例; 差: 有明显并发症, 膝、踝关节明显粘连, 骨折延迟愈合或不愈合或并发骨髓炎等, 生活不能自理 12 例。

讨论 用中西医结合的方法治疗胫腓骨干骨折, 持续跟骨牵引配以内外用药, 手法复位, 一周左右加用患肢小夹板固定, 能够使骨折端更加稳定, 并且不影响患肢肌肉舒缩活动。三周左右改为长腿管形石膏固定, 可使患肢肌肉舒缩活动加强, 改为短腿管形石膏后, 可加强膝关节功能锻炼。这样能够充分发挥中西医各自的优势, 早期进行功能锻炼, 促进患肢血液循环, 使骨愈合和功能恢复齐头并进, 加速骨折的愈合和功能的恢复。^[1] 本组平均骨折愈合时间为三个月。

243 例胫腓骨骨折, 优良率达 84.3%。疗效差的 12 例中大部分为骨折不愈合或骨折延迟愈合而延长外固定时间, 加重肌肉萎缩和关节粘连, 可能与过度牵引有关; 有 3 例并发骨髓炎, 均为开放性骨折, 与急诊清创不彻底有关。

参考文献

- 1. 尚天裕. 中西医结合治疗骨折. 中国矫形外科杂志, 1995, 2 (1): 70.

(收稿: 1995-11-21)

* 河南禹州市职工医院。