

· 骨伤论坛 ·

下肢创伤骨折伴发急性胃扩张 22 例分析

刘宝清

(文登整骨医院内科, 山东 文登 264400)

关键词 下肢; 创伤和损伤; 胃扩张

Lower limb traumatic fracture combined with acute gastric dilatation a report of 22 cases LIU Baqing Department of Internal Medicine, the Orthopaedics Hospital of Wendeng, Wendeng 264400 Shandong, China

Key words Lower extremity; Wounds and injuries; Gastric dilatation

Zhongguo Gushang / China J Orthop & Trauma 2007, 20(6): 399 www.zggszz.com

自 1999 年 1 月至 2004 年 12 月对 22 例下肢骨折并发急性胃扩张患者的临床资料进行分析, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 均为四肢创伤科及关节科收治患者。其中男 13 例, 女 9 例; 年龄 62~85 岁, 中位年龄 70 岁。发生胃扩张在外伤或手术后 1~3 周。股骨干骨折 6 例, 股骨颈骨折 7 例, 粗隆间骨折 5 例, 胫腓骨骨折 4 例。伴有肥胖症 12 例, 糖尿病 8 例, 高血压病 6 例, 老年痴呆 3 例, 恶性肿瘤 2 例。

1.2 临床表现 腹胀 22 例, 恶心呕吐 18 例, 上腹或脐周痛 17 例, 呕吐血性物 8 例, 休克 3 例, 误吸窒息死亡 1 例, 家属放弃治疗死亡 1 例。查体: 上腹部压痛 18 例, 腹部高度膨隆 15 例, 振水音 12 例, 胃型 11 例, 脐右偏上包块 4 例, 肠鸣音减弱 17 例, 插胃管后, 吸引出大量胃液 20 例。

1.3 辅助检查 ①实验室检查: 红细胞 $> 5.5 \times 10^{12}/L$ 17 例, 白细胞 $> 10.0 \times 10^9/L$ 15 例, 血钠 $< 130 \text{ mmol}/L$ 19 例, 血钾 $< 3.5 \text{ mmol}/L$ 17 例, 尿素氮 $> 8.0 \text{ mmol}/L$ 12 例。②放射线检查: 由于病重, 下肢骨折卧床, 难以搬动或站立, 检查仅 5 例, 立位影像均见左上腹巨大液平和充满腹腔的巨大胃影, 胃气泡水平增大, 左膈明显抬高典型改变。

2 治疗方法

对 22 例患者均进行了内科保守治疗。确诊后立即放置胃肠减压管, 吸出全部积液, 用温生理盐水 500 ml 洗胃, 每日 4 次, 同时应用抗酸制剂保护胃黏膜。镇痛、镇静解除患者的紧张情绪。在不妨碍骨折肢体固定的同时经常改变患者卧位姿势, 以缓解十二指肠横部被压迫, 促进胃内容物顺利排空。每日输液 3 000~4 000 ml 并根据血液生化检查结果调整水、电解质、酸碱平衡。注意观察血压、出入量及肾功能情况, 防止出现肾功能不全及休克。

3 治疗结果

治疗 4~6 d 急性胃扩张得以纠正 15 例, 7~10 d 得以纠正 5 例, 1 例死于严重吸入性肺炎, 1 例家属放弃治疗死于水、电解质紊乱。

4 讨论

下肢骨折是骨伤科常见病, 并发急性胃扩张的主要原因

是: ①骨折、创伤、疼痛、恐惧、出血和组织破坏引起的应激反应使肾上腺激素和去甲肾上腺素释放增加。后者还来自交感神经组织, 故其分泌量较肾上腺素为多, 如在严重创伤后, 血中肾上腺素含量可自正常值 $1.5 \mu\text{g}/L$ 升高到 $3.5 \mu\text{g}/L$, 而去甲肾上腺素含量可自正常值 $1.5 \sim 5.0 \mu\text{g}/L$ 升高到 $25 \mu\text{g}/L$ ^[1], 高儿茶酚胺血症抑制胃肠蠕动, 使胃肠道血流灌注量下降, 胃肠吸收功能减退。②卧床制动、脊柱过度伸展、十二指肠横段受肠系膜上动脉的压迫, 影响胃排空。③情绪紧张、精神抑郁、营养不良、老年人及合并慢性病者均可引起自主神经功能紊乱和自主神经调节功能下降, 使胃肠张力减低和排空延迟。上述因素均可抑制胃壁的反射性, 造成胃平滑肌弛缓, 进而出现急性胃扩张, 也是下肢骨折严重创伤诱发多脏器功能损伤中比较少见的临床急症, 因临床以腹胀、腹痛、恶心、呕吐咖啡样物及电解质紊乱甚至休克等不典型症状易误诊为消化不良、应激性溃疡, 而延误治疗。因此对于下肢创伤性骨折合并难以解释、用制酸促进胃动力药治疗无效之腹胀、腹痛、恶心呕吐, 呕吐物初为胃液和食物, 以后混有胆汁, 逐渐变为棕黑色、棕绿色或咖啡色样液, 呕吐后症状并不减轻, 全身情况进行性恶化, 严重者出现脱水、碱中毒、血压下降和休克应引起注意。查体见: 上腹胀, 无蠕动的胃型, 局部有压痛, 叩诊胃区有过度回响, 有振水声等消化道症状的老年患者应高度怀疑急性胃扩张, 尽早进行胃肠减压及相应治疗。

由于急性胃扩张起病隐匿, 病情发展迅速, 易出现脱水碱中毒, 血压下降、休克, 病死率高。因此在本病的治疗过程中除积极治疗原发病外应尽早予以胃肠减压, 补液, 纠正水、电解质、酸碱平衡。据我们观察用少量温生理盐水洗胃可改善胃血液循环, 减轻胃酸、胃蛋白酶对胃黏膜的刺激, 促进胃动力的恢复。及早诊断和及时治疗是提高治愈率的关键, 高度认识和警惕可以减少误诊、漏诊, 使患者得到及时的治疗, 以减少患者的痛苦和病死率。

参考文献

1 石美新. 实用外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 100.

(收稿日期: 2006-08-10 本文编辑: 王宏)