

急性胃扩张的骨科病因探讨(附 9 例报告)

车宇, 陈江

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

【摘要】 目的: 分析急性胃扩张在骨科住院患者中发生的病因。方法: 自 2006 年 8 月至 2008 年 3 月的 9 例骨科患者合并急性胃扩张, 确诊后给予禁食水、胃肠减压、肠道外营养等系统外科治疗, 通过对其病程的观察总结其病因。结果: 9 例患者中 6 例死亡, 3 例痊愈。结论: 急性胃扩张是死亡率很高的骨科合并症, 创伤或手术刺激、长期卧床、体质虚弱是发生此类合并症的高危因素。

【关键词】 胃扩张; 手术后并发症; 骨科手术方法; 外科治法

Study on orthopaedic causes of acute gastric dilatation (with 9 cases report) CHE Yu, CHEN jiang. Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of TCM, Beijing 100700, China

ABSTRACT Objective: To analyze the major cause of acute gastric dilatation in orthopaedic patients. **Methods:** There are nine confirmed cases of acute gastric dilatation from Aug. 2006 to Mar. 2008. All the patients were given the systematic treatment such as water deprivation, negative-pressure apparatus and parenteral nutrition. The causes of this complication were concluded by the observation through the course of disease. **Results:** Six patients were dead and 3 patients got recovery. **Conclusion:** Acute gastric dilatation is an orthopaedic complication with high mortality. And the wound, surgery stimulation, long-term bedridden and general weakness are higher dangerous factors for this kind of complication.

Key words Gastric dilatation; Postoperative complications; Orthopaedics operative methods; Surgical therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(12):916-917 www.zggszz.com

急性胃扩张常见的病因有暴饮暴食、手术及麻醉、严重烧伤、腹腔炎症, 其他少见病因有重症传染病、农药中毒、急性心肌梗死等^[1]。但急性胃扩张在骨科并不罕见, 而且是骨科极为严重的消化系统并发症, 一旦发生, 后果严重。以往在骨科消化系统并发症中, 除应激性溃疡外, 急性胃扩张少有人提及。作者认为, “急性胃扩张” 这个词在骨科合并症中只可当作一个疾病的名称, 而非代表其发病过程为急性。2006 年 8 月至 2008 年 3 月, 在住院患者中, 共发生急性胃扩张 9 例, 本文通过回顾性分析, 探讨其发生的病因。

1 临床资料

本组 9 例, 女 3 例, 男 6 例; 年龄 22~72 岁。其中 1 例断肢再植术后, 女性患者, 22 岁; 2 例腰椎内固定术后, 分别为 58、60 岁男性; 2 例为下肢骨折, 分别为 62 岁男性的股骨粗隆骨折患者和 70 岁男性的股骨颈骨折患者; 1 例为关节置换术后, 男性, 70 岁; 2 例截瘫, 分别为 38 岁的女性和 47 岁的男性患者; 1 例为全身多发性骨折并发创伤性休克, 女性, 45 岁。

症状: 除创伤性休克并发急性胃扩张为急性发病外, 其余均为慢性发病, 初始均为缓慢发生的腹胀、恶心、呕吐、不能进食。症状逐渐加重, 腹胀及呕吐愈加严重, 腹胀逐渐蔓延至全腹, 叩诊由鼓音逐渐变为实音, 压痛及反跳痛并不明显。呕吐变为持续性, 进食即吐, 呕吐物为混浊的棕绿色或咖啡色液

体, 呕吐后症状并不缓解。随病情加重, 全身情况恶化, 严重者出现碱中毒、电解质紊乱。危急者出现突然从口鼻涌出大量咖啡色液体, 腹部膨隆迅速消失, 患者血压突然下降, 意识丧失, 可导致死亡。

2 治疗方法及结果

所有患者一经确诊后, 立即给予禁食水、胃肠减压、肠道外营养、补充电解质等系统的外科治疗。

创伤性休克并发急性胃扩张发病极其急骤, 急诊入院时即为失血性休克状态, 收缩压持续低于 90 mmHg, 抗休克治疗血压不升, 尿量少, 多次进行胸腹检查, 均不能发现内出血及腹膜炎情况。腹部突然可由凹陷变为膨隆, 腹部穿刺也抽不出不凝血及渗出液, 患者呼吸心跳此时可突然停止。临终腹部 X 线片(卧位)可显示胃内巨大液平面。

结果: 1 例患者急诊就诊时创伤性休克并发急性胃扩张死亡; 3 例患者于治疗过程中突然从口鼻大量涌出咖啡色液体, 血压突然下降, 抢救无效死亡; 2 例患者术后出现急性胃扩张, 发生严重电解质紊乱, 心肺功能衰竭死亡。3 例存活患者分别为 2 例截瘫患者及 1 例 58 岁腰椎内固定术后男性患者, 经过胃肠减压等系统治疗后, 症状逐渐缓解而治愈。

3 讨论

通过以上 9 例的病程观察及作者以往对此类病症的观察经验, 患者发病特点存在一些共性: ①创伤及手术刺激。这是骨科发生此类合并症的首要因素, 创伤及手术刺激并不一定

外伤后继发痉挛性平足症的诊疗体会

杨寅, 柏龙文, 张延平

(西安市中心医院骨科, 陕西 西安 710003)

【摘要】 目的:探讨外伤后继发痉挛性平足症的诊断和治疗方法。方法:2002 年至 2007 年收治此类患者 7 例,在硬膜外麻醉或腓总神经阻滞麻醉下,运用手法按摩患侧腓骨肌约 5 min,被动内外翻踝关节,等到感觉肌肉松弛,再强力内翻内收患足,用短腿管形石膏使其固定于内翻内收矫正位,持续固定 3 周,3 周后拆除石膏,给予理疗,积极进行功能训练。结果:所有患者跛行和足部疼痛均明显好转,足部畸形纠正,足弓恢复正常。随访半年未再复发。结论:外伤后继发痉挛性平足症的诊断依靠仔细询问外伤病史,结合查体和 X 线拍片等检查。腓总神经阻滞麻醉下手法加石膏外固定是治疗外伤后继发痉挛性平足症的一种简单有效方法。

【关键词】 足; 创伤和损伤; 麻醉; 骨科手法; 石膏

Diagnosis and treatment of post traumatic spasmodic flat foot YANG Yin, BAI Long-wen, ZHANG Yan-ping. Department of Orthopaedics, the Xi'an Central Hospital, Xi'an 710003, Shaanxi, China

ABSTRACT Objective: To discuss diagnosis and treatment of post traumatic spasmodic flat foot. **Methods:** From 2002 to 2007, 7 diagnosed patients were recruited and underwent following procedures: under epidural anesthesia or common peroneal nerve block anesthesia, massage was performed on the peroneal muscles for about 5 minutes, then ankle joint was underwent with passive functional exercise. Feeling muscle relaxation, we held the wounded foot in varus and adducted position forcefully, then immobilized it with short leg cast. After 3 weeks of continuous immobilization, the cast was removed and patients were given physical treatment and functional training. **Results:** Symptoms of these patients such as claudication and pain in foot were improved, the foot deformity was corrected and foot arch restored to normal. After a follow-up of 6 months, no obvious recur-

通讯作者: 杨寅 Tel: 029-87268355-5010 E-mail: yydoctor@126.com

引起急性胃扩张,但急性胃扩张一定有创伤或手术刺激。创伤或手术均可直接刺激躯体或内脏神经,引起胃的自主神经功能失调,胃壁的反射性抑制,造成胃平滑肌弛缓,进而形成扩张。②长期卧床。时间 0.5~2 个月,而且此类患者腹胀均以腹部为初发,逐渐蔓延至上腹部,呕吐亦为腹胀后逐渐发生。原因可能为长期卧床,发生肠系膜上动脉综合征,十二指肠受肠系膜上动脉压迫,胃的输出道受压迫引起继发性急性胃扩张。临床上以此类发病特点为多见,急性胃扩张并非“急性”,而是继发于肠系膜上动脉综合征引起的慢性胃扩张,加之情绪紧张、精神抑郁、营养不良均可引起植物神经功能紊乱,使胃的张力减低和排空延迟。糖尿病神经病变、抗胆碱能药物的应用,水、电解质代谢失调,严重感染(如败血症)均可影响胃的张力和胃的排空,导致胃扩张^[1]。反过来,在长期卧床患者,如果发生了胃扩张,当胃扩张到一定程度时,胃壁肌肉张力减弱,使食管与贲门、胃与十二指肠交界处形成锐角,阻碍胃内容的排出,膨大的胃可压迫十二指肠,并将系膜及小肠挤向盆腔。因此,牵张系膜上动脉而压迫十二指肠,造成幽门远端的梗阻。唾液、胃十二指肠液和胰液、肠液的分泌亢进,均可使大量液体体积聚于胃内,加重胃扩张。扩张的胃还可以机械地压迫门静脉,使血液淤滞于腹腔内脏,亦可压迫下腔静脉,使回

心血量减少,最后可导致周围循环衰竭。由于大量呕吐、禁食和胃肠减压引流,可引起水和电解质紊乱。笔者意见,应将此类合并症称为“应激性消化系统紊乱综合征”,则更为符合临床规律。③体质虚弱。患者久病或年老体弱,对创伤及手术等应激能力较差,通过自我恢复胃肠活动能力的潜力较弱,一旦发生胃扩张或肠系膜上动脉综合征,如治疗措施不当,病情会愈加严重,直至不可挽回的地步。

急性胃扩张此类消化系统合并症在骨科患者中多为慢性发病,发病初期以腹胀、呕吐、呕吐咖啡样液体为特点,此时多被骨科医生误诊为应激性溃疡,应用抗酸类药物治疗。但此类药物无论对急性胃扩张还是肠系膜上动脉综合征均毫无作用,反而耽误了最佳治疗时机。笔者认为,一旦骨科住院患者出现上述症状,合并创伤或手术刺激、长期卧床、体质虚弱 3 个高危因素,就应该考虑此类合并症,给予恰当的外科处理。

参考文献

- [1] 金殿植, 郑泽霖. 急性胃扩张的误诊原因及预防. 国际外科学杂志, 2007, 34(3): 216-217.
- [2] 王秉松, 郭林现. 急性胃扩张临床诊治体会. 中原医刊, 2003, 30(17): 35.

(收稿日期: 2008-07-15 本文编辑: 连智华)