

外伤性小肠破裂 120 例诊治分析

★ 毛水清 (浙江省常山县人民医院 常山 324200)

关键词:外伤;小肠破裂;诊断;治疗

中图分类号:R 574.5 文献标识码:B

随着外伤事故的发生,外伤性小肠破裂也随之增多,如何提高外伤性小肠破裂的早期诊治水平,仍是临床工作者面临的严峻问题。我院从 1997 年 1 月~2006 年 12 月共收治外伤性小肠破裂 120 例,现报告如下,并结合文献进行分析。

1 临床资料

120 例患者中男 102 例,女 18 例;年龄 5~67 岁,其中 20~50 岁发病率最高,共 94 例,占 78.3%;受伤至入院时间最短 30 分钟,最长 6 天;住院时间 10~136 天,平均 21 天;坠落伤 12 例,交通事故 65 例,钝器伤 19 例,锐器伤 11 例,撞击伤 3 例,挤压伤 2 例,爆炸伤 4 例,其他伤 4 例;小肠破裂 1 处 87 例,2 处 22 例,2 处以上 11 例,合并其他脏器损伤 41 例(脾破裂 16 例,肝破裂 4 例,胃破裂 1 例,胰腺挫伤 2 例,肾挫伤 6 例,膀胱破裂并骨盆骨折 1 例,颅脑

损伤 7 例,脊柱、肋骨骨折 4 例);开放性损伤 15 例,闭合性损伤 105 例。病人皆有腹痛,伴腹胀 82 例,恶心、呕吐 40 例,典型腹膜炎 104 例,体温高于 38.5℃ 26 例,血压低于 12/8 kPa 39 例。腹透 74 例,发现膈下游离气体 46 例,占 62.2% (46/74)。腹穿 88 例,阳性 81 例,占 92.0% (81/88)。B 型超声波检查 96 例,阳性 64 例,占 66.7% (64/96)。

2 治疗方法和结果

本组 116 例在连续硬膜外麻或全麻下行手术治疗,3 例合并重度脑外伤,1 例失血性休克未手术。单纯肠修补 96 例,占 80.0%,肠部分切除肠吻合术 11 例,占 9.2%。同时根据病情对合并伤进行手术:脾切除 15 例,肝修补 4 例,胃修补 1 例,膀胱修补 1 例。治愈 114 例,占 95.0%;死亡 6 例,占 5.0% (1 例死于感染性休克导致 MODS 所致,2 例死于多发

作,而又无消化系统器质性或全身性疾病的上腹部证候群。目前,现代医学尚无特效治疗方法,主要应用抑制胃酸分泌、中和胃酸、促进胃动力等治疗,其中胃动力药应用最广泛,但疗效并不十分理想。本病属于中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴,病因主要为饮食不节、情志失调。脾胃乃水谷受纳、运化的场所,饮食自倍,肠胃乃伤;脾又与精神因素关系密切,思虑伤脾,思则气结。由于以上原因,导致脾胃受伤,气机升降失常,中焦运化失职,胃肠弛缓无力,排空缓慢。因此,脾虚失运是本病的关键。脾胃虚弱,运化无权,易致气滞、痰阻、食积,还可致寒湿、湿热之邪侵犯。所以,在临床治疗时,要特别注重健脾补虚。诚如张景岳所说“然脾胃强壮者,即滞亦易化,惟其不能化者,则最有中虚之证”。橘皮枳术丸(汤)出自李东恒《脾胃论》之方,李氏称此方能“治

老幼元气虚弱,饮食不消,或脏腑不调,心下痞闷”。方中白术健脾益气,枳实行气除痞,且白术用量大于枳实,乃补重于消,寓消于补之意;橘皮为脾胃气滞之要药,助以上两药理气健脾;荷叶取其升养脾之清气,助白术健脾,且与枳实相伍,一升清、一降浊,脾胃调和,正合“脾宜升则健,胃宜降则和之理”。全方用药精炼,健脾助运,补而不壅滞,消而不伤正,的确是治疗此病的有效方剂。

参考文献

- [1] 萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 552.
- [2] 张声生, 汪红兵, 李乾构. 功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2002, 10: 194.
- [3] 段宗英. 自拟理气和胃健脾汤治疗功能性消化不良的临床观察[J]. 北京中医, 2007, 26: 508-509.

(收稿日期: 2008-06-24)

伤致失血性休克所致,3 例死于重度脑外伤)。

3 讨论

3.1 早期诊断 早期诊断是提高救治率、降低死亡率、减少并发症的关键。为提高外伤性小肠破裂的早期诊断水平,我们有以下几点体会:(1)详细询问病史,如受伤部位、暴力大小、速度、作用力方向,伤时情况及伤后症状。(2)认真细致反复体格检查,特别是腹部压痛的范围,腹肌紧张的程度,肝浊音界的变化,肠鸣音的改变等。(3)反复多次,多点的腹腔穿刺,据报道其阳性率在 90% 以上^[1,2],本组资料为 92%。腹穿简便易行、安全可靠腹腔穿刺对外伤性小肠破裂有着重要的诊断价值,损伤小,确诊率高。对于腹穿阴性者,仍不能排除肠破裂,应加用腹腔灌洗结合腹透、B 超检查。(4)诊断性腹腔灌洗,阳性率可达 98.5%^[3]。发现下列情况即可诊断为肠破裂:①含有胆汁或胃肠内容物。②白细胞计数超过 $0.5 \times 10^9/L$ 。③涂片镜检发现大量细菌或肠内容物。(5)腹部 X 线检查。小肠破裂能导致膈下游离气体。早期病人腹透阳性率低,但鉴于膈下游离气体是诊断空腔脏器破裂的有力证据,对于早期病人,要反复检查。(6)剖腹探查,剖腹探查既是诊断方法又是治疗手段,对于部分难以正确诊断,又有剖腹指征者,应积极剖腹探查给病人造成的痛苦远小于延误诊断的危害。本组 1 例,因外院延误诊断,伤后 6 天才明确诊断,最后死于 MODS。郑正葆^[4]等认为,有下列情况之一者应进行剖腹探查:①伤后持续剧烈腹痛,腹膜炎症状逐渐加重。②腹部开放伤肠管外露或肠液外溢。③腹透有膈下游离气。④腹腔穿刺,腹腔灌洗阳性。

3.2 治疗 外伤性小肠破裂的手术治疗越早越好,其预后的好坏,并发症的多少与治疗的早晚及合理性有很大的关系,疗效最佳时限是在伤后 2~4 小时内手术,以后每增加 4 小时,将增加死亡率 15%^[3],对于单纯性空回肠破裂。可行单纯性肠修补,有下列情况之一者,需行肠切除吻合术。(1)缺损过大撕裂长度超过肠管直径 50% 或纵行裂伤较长,肠修补后导致肠腔狭窄。(2)多处破损集中在一段肠管上。(3)破裂口周围有严重炎症反应,修补后不易愈合。(4)肠系膜内或肠壁内有较大血肿和肠系膜已撕裂肠血运不良者。本组单纯修补 96 例,肠部分切除肠吻合术 11 例,均未发生肠痿,显示单纯性肠修补和肠吻合术是治疗外伤性小肠破裂安全有效的措施。

3.3 腹腔引流 目前对于腹腔引流仍有争议。夏

穗生认为引流得当,有助手术后恢复;如引流不当,或未引流,可以引起严重后果^[5]。肠破裂后常引起腹腔污染,破裂时间越长,污染就越重。我们在妥善处理好腹内脏器,肠管等损伤后常规采用大量生理盐水彻底冲洗腹腔,去除异物、血块。并留置甲硝唑于腹腔内,然后放置有效引流,以保证引流畅。

3.4 重视全身和合并伤的治疗 外伤性小肠破裂,由于受伤机制复杂,往往合并其他脏器损伤,因此在处理小肠破裂的同时,要注意全身情况和进行必要的术前准备,包括止痛、输液、胃肠减压,早期使用抗生素,有休克表现者,应抗休克。积极治疗合并伤,力争在生命体征达到满意水平后及时手术。舒亦斌报道腹腔镜在腹部外伤中的应用,其中腹腔镜下空回肠破裂修补术 4 例^[6]。腹腔镜检查,通过清晰放大的视野,配合置入器械显露及改变体位可准确发现损伤的存在与否,如能结合镜下处理技术,可使部分不能确立诊断的闭合性腹外伤患者免于剖腹,还能通过腹腔镜技术处理一些较小的创伤,避免了开腹手术,且腹腔镜下冲洗全面彻底;完成一些腹腔脏器的修补、止血、切除、吻合及造瘘等手术^[7];对于显露困难、视野不佳或伤情复杂需中转开腹的患者,腹腔镜探查还可以帮助选择最合理的剖腹探查切口,减少手术创伤,避免了切口的盲目性,最大限度地缩短切口的长度,降低开腹手术因切口选择不当而导致的操作困难和手术难度增加;对腹腔脏器扰动较小,创伤相对较小,术后康复较快,住院时间相对缩短,医疗费用相应减轻^[6]。可以根据病情选择应用。

参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1988:946.
- [2] 姜军,范林军. 腹部空腔脏器伤的诊断与剖腹探查[J]. 中国实用外科杂志,2003,7(23):389.
- [3] 王信富. 外伤性小肠破裂的诊断治疗[J]. 实用医学杂志,1994,10(3):274.
- [4] 郑正葆. 外伤性小肠破裂 256 例分析[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(7):403.
- [5] 夏穗生. 重视外科引流的应用[J]. 中国实用外科杂志,1998,18(4):196.
- [6] 舒亦斌. 腹腔镜在腹部外伤中的应用[J]. 浙江临床医学,2007,9(7):938.
- [7] PradeepHN, RogerG, AndrewN. Anewapproachtoextraperitoneal-rectalinjuries: laparoscopyanddivertingloopsigmoidcolostomy [J]. JTrauma,2001,51:532-535.

(收稿日期:2008-07-09)