

- [27] 郎中兵, 文亮, 楚军. 严重创伤后并发 ARDS 患者血清 TNF- α 和 IL-8 的动态变化及意义. 中国危重病急救医学, 2004, 16: 432-433.
- [28] Emad A, Emad Y. Levels of cytokine in bronchoalveolar lavage (BAL) fluid in patients with pulmonary fibrosis due to

- sulfur mustard gas inhalation. J Interferon Cytokine Res, 2007, 27: 38-43.
- [29] Ziegenhagen MW, Zabel P, Zissel G, et al. Serum level of interleukin 8 is elevated in idiopathic pulmonary fibrosis and indicates disease activity. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 157: 762-768.

- [30] Totani Y, Saitoh Y, Sakakibara H, et al. Clinical characterization of interleukin-8 in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. Nihon Koryoku Gakkai Zasshi, 2002, 40: 869-874.

(收稿日期: 2011-12-08)

(本文编辑: 李银平)

· 病例报告 ·

上胸部穿通伤致膈肌裂伤失血性休克 1 例诊治分析

梁天成 冯雪梅 曹飞

【关键词】 穿通伤; 膈肌裂伤; 失血性休克; 上胸部

本院成功抢救 1 例上胸部穿通伤患者, 现报告如下。

1 临床资料

患者男性, 36 岁, 因左胸部刀刺伤后疼痛、出血 1 h, 于 2011 年 5 月 12 日急诊入院。入院查体: 体温(T) 37.1 $^{\circ}\text{C}$, 脉搏(P) 98 次/min, 呼吸频率(RR) 20 次/min, 血压(BP) 112/78 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。既往无特殊病史。患者痛苦面容, 查体合作, 自动体位; 心脏及腹部检查均无异常发现; 双侧胸廓对称, 呼吸动度一致, 双侧语颤一致, 双肺叩诊清音, 双肺呼吸音未见明显异常; 左胸前壁第二肋间左锁骨中线外侧约 2 cm 处有一约 2.5 cm 的裂口, 深达胸腔内, 少量溢血。血常规: 白细胞计数(WBC) $7.82 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞(N) 比例 0.72, 淋巴细胞(L) 比例 0.28, 血红蛋白(Hb) 152 g/L。心电图示窦性心律; X 线胸片示双肺及双侧胸腔未见异常。考虑左胸穿通伤(未发现胸腔器官损伤)。给予清创缝合、补液、肌肉注射(肌注)破伤风抗毒素(TAT) 1500 U。因有胸腔穿通伤, 患者于急诊室留观治疗。8 h 后患者仍然伤口处疼痛, 并有胸闷、左胸胀痛、心慌感。查体: T 37.3 $^{\circ}\text{C}$, P 118 次/min, RR 25 次/min, BP 86/55 mm Hg; 面色苍白, 四肢较冷, 双侧胸廓对称, 左肺动度弱、语颤弱、叩诊浊音、未闻及呼吸音, 右肺未见明显异常。血常规: WBC $10.02 \times 10^9/\text{L}$, N 0.82, L 0.18, Hb 95 g/L。

DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1003-0603. 2012. 02. 023

作者单位: 646000 四川, 泸州市中医医院外一科

心电图示窦性心动过速; X 线胸片示左胸腔大量积液, 纵隔右移; 胸部 CT 示左侧胸腔积液, 左肺压缩, 纵隔右移。考虑: 左胸穿通伤, 左胸腔内器官损伤, 左胸积血, 失血性休克。

在气管插管全麻下急诊行左侧剖胸探查术, 术中见左胸腔内血凝块及不凝血约 2000 ml, 左肺大部分压缩; 左膈肌顶前方近心包处有一约 1.5 cm 裂口, 少许大网膜疝入胸腔内, 裂口边缘有一约 0.1 cm 大小动脉断端, 呈喷射性出血。吸尽胸腔积血及血凝块后探查左肺、左纵隔、心包及左胸壁血管(肋间血管)无损伤; 扩大膈肌裂口见膈下腹腔内约 15 ml 积血、血凝块, 余未见异常。缝扎膈肌出血点, 修补膈肌裂口; 冲洗胸腔, 置引流管, 关闭胸腔。经过术中输血 800 ml, 术后对症、补液等处理, 恢复良好。

2 周后, 患者一般情况良好, 左胸无疼痛, 生命体征正常, 心、肺及腹部检查阴性, 左胸创口及切口愈合良好; 复查血常规正常, X 线胸片及胸部 CT 示左胸手术后改变, 腹部 B 超未见异常。患者痊愈出院, 随访至今无异常情况发生。

2 讨论

胸部外伤无论是战时还是在平时生活中都较为常见。根据壁层胸膜是否穿通而分为闭合性胸部损伤和开放性胸部损伤。闭合性胸部损伤一般是以胸壁局部损伤为主要表现; 开放性胸部损伤多伴有胸腔内器官的损伤, 该类患者除表现为胸壁局部损伤外, 同时有胸腔器官损伤的表现, 如血胸、气胸、心包积血等。闭合性胸部损伤可能伤及肺、纵隔、心脏、胸内大血管以及胸导管、膈肌等结

构, 从而出现相应的症状、体征。一般上胸部的穿通伤多伤及肺、上纵隔及胸内大血管等; 下胸部的穿通伤多伤及肺、心包、心脏及膈肌等结构。

在临床上, 创伤失血性休克非常常见, 是引起患者死亡的主要因素^[1]。因此, 及时纠正休克对挽救患者的生命至关重要。采用限制性液体复苏能调动机体凝血机制及其他代偿机制, 保证生命器官的血液灌流, 提高创伤失血性休克患者的治愈率, 改善预后^[1]。充分发挥祖国医学的特色, 采用针刺救治失血性休克也是古今医生常采用的有效方法之一^[2]。

本例患者受伤时, 锐器自上胸部刺入, 再刺破膈肌, 但无肺组织损伤产生漏气入胸腔内, 也无气体自外界进入胸腔内引起气胸, 实属少见; 锐器刺破膈肌时, 伤及一较小的动脉, 不至于很快出现(大量)内出血的表现, 也属少见。由于是胸腔的穿通伤, 即使初期无胸内器官损伤的表现, 但考虑到有胸内器官损伤的可能, 除了局部处理外, 继续留院观察, 及时发现了胸内有致命的出血, 并采取了紧急的抢救、剖胸探查、结扎出血点等治疗措施, 使患者得到了较为满意的治疗效果。

参考文献

- [1] 王梅. 限制性液体复苏在创伤失血性休克中的临床应用. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17: 31-33.
- [2] 钟毓贤, 石现, 胡森. 针灸治疗失血性休克的研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18: 55-57.

(收稿日期: 2012-01-05)

(本文编辑: 李银平)