于增龄后肺活量、器官功能的减退,可加重通气和换气功能障碍。因此,伤后在有效控制感染、保证氧疗的同时,气道的疏通管理、化痰、翻身、叩背、增强免疫力等措施有重要意义。能够通过无创的方式实施呼吸支持疗法度过难关,可减少 COPD 者将来肺部感染、拔管困难、呼吸机依赖等一系列问题。

参考文献:

- 黎檀实,周宝林,李银平,等.严重创伤并发急性呼吸窘迫综合症的临床特点[J].中国危重病急救医学,2000,12(9):522-524.
- 王今达,王宝恩.多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准[J].中国危重病急救医学,1995,7(6):

346-347.

- 郝江,张音,文家福,等.全身炎症反应综合征及其评分在严重多发伤病情及预后中的意义[J].中华急诊医学,2003,1:45.
- 丛斌,谷振勇.MODS发病中SIRS/CARS引起急性肺损伤的作用机制[J].国外医学呼吸系统分册,1997,1:15.
- 钱桂生.全身炎症反应综合征、急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征[J].解放军医学杂志,1999,5:313.
- 赵良,陈学云,杨兴易.严重创伤病人氧缺陷的病理类型及其机制[J].中华创伤杂志,1998,6:413.
- 牛立志,刘维永.胸部撞击伤致肺挫伤研究进展[J].中华创伤杂志,1997,1:58.

(收稿日期:2003-07-20 修回日期:2003-09-05)

(本文编辑:李银平)

• 病例报告 •

腹部刀刺伤致心脏破裂 3 例救治体会

俞建琦 李捷 盛其美 李基业 陆家齐

【关键词】 外伤; 心脏破裂; 腹部伤

中图分类号:R641 **文献标识码:**B **文章编号:**1003-0603(2004)04-0231-01

腹部刀刺伤致心脏破裂在临床较为少见,容易误诊或漏诊,故提高术前的迅速诊断,减少漏诊的发生及有效的处理,是该病成功救治的关键。

1 临床资料

1.1 例 1. 男性,25 岁,因上腹部刀刺伤 20 min 入院。脉搏 120 次/min,血压为 60/40 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),呼吸急促,面色苍白,四肢湿冷,心音弱,伤口位于剑突下 5 cm,大小约 2.0 cm×0.5 cm,伤道向上斜刺。当时考虑腹腔实质脏器破裂出血,立即剖腹探查,腹腔内积血 1 600 ml,肝脏、脾脏及胃无破裂及血肿,查膈肌穹窿部有小破口,有血凝块堵塞,少量鲜血渗出。当即沿胸骨左侧切断第 5、6、7 肋软骨,剪开膈肌及心包,见心包内少量积血、血凝块,清除后见心底有 0.7 cm 伤口,大量血液喷出,手指迅速按压破口,即用 3-0 无创缝合线褥式缝合心脏破口,出血停止,修补心包,放置引流。术中自体血回输约 1 600 ml。恢复良好,术后 10 d 痊愈出院。

1.2 例 2. 男性,23 岁,因右胸、上腹部刀刺伤 40 min 入院。伴胸闷、气短,腹痛

及呕吐,查心率达 130~140 次/min,血压逐渐下降至 70/40 mm Hg,面色苍白,四肢湿冷,右第 4 肋间锁骨中线左侧有长 2.5 cm 开放创口,有血液、气体涌出,左上腹部有 3 cm 和 2 cm 两个裂口。在抗休克的同时,备血液回收机,紧急行开胸探查术,见第 4 肋软骨断裂,肋间动脉断裂喷血,分别结扎两断端止血,肺有裂伤行修补术,胸腔内有血液及血凝块约 1 200 ml,吸净积血,并行自体血液回输,见心包腔增大,呈青紫色,但未见破口,穿刺为血液,横劈胸骨延切口至左胸,切开心包清除积血及血凝块,见大量血液自心脏膈面喷出,裂口约 1.0 cm,用带垫片丝线褥式缝合。探查心脏裂口相对膈肌腱有一被血凝块堵塞的破口与腹腔相通,随后腹部手术见其中一伤道斜向上刺向膈肌破口,腹腔内血液约 1 800 ml,探查肝、脾、肠道未见异常,胃前壁及后壁各有 3 cm 和 1 cm 裂口修补。在手术切开心包后,心脏两次停跳,共 16 min,行人工心脏按压及电除颤,心脏复跳,成功救治。

1.3 例 3. 男性,24 岁,因左季肋部刀刺伤 30 min 入院。脉搏 125 次/min,血压 70/40 mm Hg,面色苍白,四肢湿冷,疼痛剧烈。伤口位于腋前线肋缘下 1 cm,大小约 2 cm×1 cm,有鲜血涌出。立即剖腹探查,见刺破脾上极及胃底前后壁,行脾切除、胃壁修补后,未见明显出血。次日猝死,尸检见心包积血及血凝块,左

心室底部有伤口约 0.8 cm×0.3 cm 大小,心包膈面有 1.0 cm×0.4 cm 大小破口,被血凝块堵塞,腹腔有少量血液。

2 讨论

临床所见胸部刀刺伤,尤其是左前胸部刀刺伤伴严重的失血性休克,易诊断为心脏、大血管损伤。但远离心脏体表投影区的刺伤,合并有其他脏器损伤,尤其在非一体腔的腹部刺伤,则易漏诊、误诊。3 例患者均存在不同程度的漏诊。究其原因:①上腹部刀刺伤伴失血性休克,首先易考虑为肝、脾等实质脏器的损伤,而忽视了可能的心脏损伤。②小的心室壁贯穿伤破口若有凝血块堵塞或血肿压迫,可暂时停止出血,心包内积血被引流到腹腔,使心脏压塞症状不明显,存在严重的失血性休克,也忽视或掩盖了心包填塞征,使患者没能在术前进行针对心包腔的检查,如超声、心包穿刺等。③对致伤刀具的长短、粗细、形状,尤其刺伤的方向了解不详细。④术中处理合并的腹腔脏器损伤后,忽视了横膈的探查这项最直观、有效明确诊断的方法。

自体血回输对心脏破裂大出血致失血性休克的救治有重要作用。但伴有胸腔脏器破裂的患者不宜回输自体血以防止发生败血症。

(收稿日期:2003-12-27)

修回日期:2004-04-03)

(本文编辑:李银平)

作者单位:100037 北京,解放军第三〇四医院胸心外科(俞建琦,李捷,盛其美);普通外科(李基业,陆家齐)

作者简介:俞建琦(1963-),男(汉族),北京市人,主治医师,主要从事临床胸心创伤急救的研究。