

复合伤伴肾损伤 41 例诊治体会

李智尚

(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

关键词: 肾损伤; 复合伤; 诊治体会

中图分类号: R 691

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0076-01

我院自 1998~2005 年共收治复合伤伴肾损伤患者 41 例,占同期复合伤的 19.7%,占同期肾损伤的 28.5%。现报告如下:

1 临床资料

本组男 32 例,女 9 例;年龄 16~65 岁,平均 43.2 岁;其中交通事故 25 例,坠落伤 9 例,塌方挤压伤 7 例。伴有休克 16 例,合并腹部实质脏器损伤 21 例,合并腹部空腔脏器损伤 7 例,合并多发性肋骨骨折、气胸 12 例,合并脑挫裂伤、颅内血肿 6 例,四肢、脊柱及骨盆骨折 10 例。肾损伤按美国创伤外科协会分类标准: I 类:肾挫伤包膜下血肿 9 例(22.0%); II 类:肾实质裂口 <1.0cm,无尿外渗 8 例(19.5%); III 类:肾实质裂伤延伸进入实质 ≥1.0cm,无尿外渗 11 例(26.8%); IV 类:实质裂口超过髓质进入集合系统 12 例(29.3%); V 类:肾破碎或肾带血管伤 1 例(2.4%)。

2 治疗方法

对于 I~II 类肾损伤 17 例及 III 类肾损伤中的 4 例(36.4%)行保守治疗,予绝对卧床休息、止血药、抗生素、利尿药等处理,严密观察病人生命体征、神志、尿液等变化。III~IV 类肾损伤中的 18 例(78.3%)行手术治疗,其中 13 例行肾切除术,术后 6 个月复查肾功能正常;5 例行肾修补术,术后 3 个月行 IVU 检查排泄功能正常。肾外复合伤予相应治疗,如腹腔脏器破裂修补术、胸腔闭式引流术、骨折固定、颅内血肿清除、引流术等,合并休克予积极抗休克。

3 结果

41 例患者中,3 例死亡,1 例因 V 类肾损伤死于失血性休克,2 例死于颅脑疾患。肾脏并发症 4 例,2 例肾周血肿感染,1 例肾性高血压,1 例肾萎缩。

4 讨论

4.1 诊断 在复合伤中由于肾脏位置较深加上常伴有其他致命伤,肾损伤往往得不到及时诊断,对肾损伤做出及时正确的诊断,对于挽救病员的生命和减少并发症具有重要意义

注药前先看看针筒内是否有沉淀很重要,若有,必须摇晃几下,但不管有否沉淀,最好先水平摇晃几下针筒再推活塞,会很畅通,且使药液浓度均匀分布在病变部位。使用脉冲式推注较宜,以免持续推进造成局部组织压力过大且药液分布不均匀。一次性 12# 吸痰管的容量约 3mL,拔管前推 3mL 空气,使药液都进入肠道内。拔管时注意折返管子再缓慢拉出,避免管子起引流作用而带出药液致床单污染及药量不足。

参考文献

[1]陈其奎,袁世珍,钟英强,等.硫氮磺吡啶治疗轻中型溃疡性结肠炎的临床评价[J].中国临床药理学与治疗学,2004,9(9): 1 007

[2]魏超容.保留灌肠肛管插入深度对药物保留时间的影响[J].护理学

杂志,1999,14(4): 328

[3]柏树令.系统解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2005.140~141

[4]崔焱.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2002.210

[5]陈少玲,蔡军红,彭海燕,等.慢性结肠炎患者保留灌肠方法的临床研究[J].齐鲁护理杂志,2004,10(12): 915

[6]胡梦娟,周双俊.人体解剖学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995.221

[7]李鸿勋.生理学[M].郑州:河南科学技术出版社,1992.173

[8]左萍萍,刘吉成,程锦轩,等.图表药理学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004.255

(收稿日期: 2006-09-04)

义。本组有 7 例肾区无阳性体征的患者拟为其他部位的损伤而收入其他科,最后方证实为肾挫裂伤,因此在合并有胸腹损伤,如第 9~12 肋骨骨折、气胸、腰椎骨折时应考虑到肾脏损伤可能。血尿是肾损伤的主要临床表现,本组 41 例伤后均有血尿,亦说明创伤后出现血尿是诊断肾损伤的重要依据。但血尿程度并不一定与损伤程度完全一致,在治疗过程中,血尿程度的增减可帮助判断损伤进展,从而确定治疗方式。B 超检查对腹腔实质性脏器损伤及肾脏损伤的诊断率都很高,主要表现为:肾被膜断裂,损伤处形成大小不等之液性暗区,但对其是血液或尿液不能分辨。由于不受患者伤情和体位限制,建议作为辅助检查的首选。静脉尿路造影是肾损伤诊断的重要手段,同时可了解对侧肾功能,对术中决定行伤肾切除提供依据。本组 41 例中 20 例采用大剂量静脉滴注造影,16 例获得诊断,阳性率为 80%,我们认为采用大剂量静脉滴注造影是诊断肾损伤有价值的方法。CT 检查对于肾脏损伤程度的判断及治疗方法的选择具有重要参考价值,本组行 CT 检查 32 例,30 例明确诊断,诊断率为 93.8%。

4.2 治疗 肾损伤合并其他脏器损伤首先应处理危及生命的损伤,合并休克积极抗休克。由于肾解剖位置隐蔽和肾包膜的强有力保护,多数肾损伤程度较轻。本组 I、II 类肾损伤全部采取保守治疗,取得良好效果。III、IV 类肾损伤由于损伤严重,出血较多,尿外渗范围大,肌体难以自我修复,常需尽早手术。手术指征:(1)严重休克者;(2)合并腹腔内脏器损伤需探查者;(3)血尿反复加重,血红蛋白、红细胞压积不断下降者;(4)腰部肿块增大或后期感染者。探查宜采用经腹入路,常规探查腹内脏器,在抢救生命第一的原则下尽量保肾。术中如需行伤肾切除,需明确对侧肾脏功能,如术前未行 IVU 检查,我们采用术中首先阻断伤侧输尿管,再静注靛胭脂 5mL,5min 后观察导尿管,如蓝色尿液排出,说明对侧肾功能良好,方可切除伤肾。

(收稿日期: 2006-09-04)

(收稿日期: 2006-04-10)