

# 10 例创伤性支气管断裂诊治体会

谢建宏

(江西省遂川县人民医院 遂川 343900)

关键词: 支气管断裂; 创伤性; 诊断; 治疗

中图分类号: R 655.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.055

闭合性胸部损伤引起的支气管断裂, 伤后早期常因病情危重或伴有复合伤而漏诊, 误诊率较高。2000 年以来, 我们收治 10 例创伤性支气管断裂病人, 现就我们的诊治体会报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组中男 7 例, 女 3 例; 年龄 16~60 岁; 交通事故伤 5 例, 挤压伤 3 例, 高处坠落伤 2 例。伤后早期均出现呼吸困难及程度不等的颈胸部皮下气肿; 胸部 X 线检查早期均显示颈胸部皮下积气、纵隔气肿、血气胸、肺萎陷, 典型的“下垂肺”征 2 例; 均伴有肋骨骨折, 其中合并锁骨骨折 3 例、肺裂伤 2 例、腹部脏器破裂 2 例。10 例伤后均行胸腔闭式引流术, 1 例行支气管镜检查。10 例均经手术证实支气管断裂的诊断, 其中右主支气管断裂 6 例, 左主支气管断裂 4 例。10 例均行支气管断裂端端吻合术, 肺裂伤者同时缝合, 手术距受伤时间 8~76h。

服用, 服药半个月。

## 3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈: 餐后饱胀、早饱、暖气等上腹不适症状消失达 6 个月以上; 显效: 餐后饱胀、早饱、暖气等上腹不适症状明显减轻, 或者发作次数明显减少达 6 个月以上; 无效: 餐后饱胀、早饱、暖气等上腹不适症状无明显减轻, 或者有减轻, 但停药后复发。

3.2 两组临床疗效比较 治疗组: 治愈 48 例, 显效 15 例, 无效 2 例, 总有效率为 96.9%; 对照组: 治愈 10 例, 显效 31 例, 无效 24 例, 总有效率 63.1%。两组总有效率相比, 有显著差异,  $P<0.05$ 。

## 4 讨论

餐后不适综合征临床多见, 随着现代生活方式改变, 工作节奏加快, 人们体力劳作减少, 人口流动以及饮食习惯改变, 病人逐渐增多, 部分病人害怕胃镜检查, 自购胃药, 难取佳效, 更有甚者, 服抗生素, 如阿莫西林、灭滴灵等, 导致厌食, 甚至菌群紊乱, 加重病情。现代医学认为, 此征与胃肠运动功能障碍、内脏高敏感性、胃酸分泌增加、幽门螺杆菌感染、精神心理因素及胃肠激素有关。西药制酸、杀灭

1.2 结果 术后 2 例出现肺不张, 经支气管镜吸痰后复张; 8 例肺膨胀良好。10 例均康复出院。

## 2 讨论

创伤性支气管断裂是一种严重的损伤, 已成为胸部创伤早期死亡的原因之一<sup>[1]</sup>。早期诊断、早期手术治疗可降低死亡率, 减少并发症, 提高治愈率。以下几方面有助于创伤性支气管断裂的早期诊断。

2.1 临床表现 创伤性支气管断裂一般分两类: 一类支气管断裂处与胸腔相通, 伤后即出现气胸、广泛的颈、胸部皮下气肿; 另一类支气管断裂处不与胸腔相通或不完全相通, 伤者可有少量气胸, 主要表现为颈部皮下气肿。闭合性胸部损伤病人, 伤后出现难以控制的呼吸困难、颈胸部广泛皮下气肿、气胸及肺不张等症状, 应考虑支气管断裂可能, 特别是颈胸部皮下气肿, 是支气管断裂的一个主要征象。

2.2 胸部 X 线检查 常规胸部 X 线检查快捷方

幽门螺杆菌、改善胃动力药虽短期有效果, 但停药易复发, 远期效果差。PDS 属中医“痞满、胃脘痛”范畴, 与肝脾胃有关, 病因有饮食积滞、七情失和、脾胃虚弱不同, 病机多由脾胃素虚, 内外之邪乘而袭之, 使脾之清阳不升, 胃之浊阴不降。脾胃升降失司是基本病机, 辨证要辨虚实, 掌握“虚则补之, 实则泻之”原则。实证用山楂、炒谷麦芽、炒莱菔子消食化积, 广木香、厚朴、枳壳、陈皮行气宽中消胀, 柴胡、白芍柔肝疏肝解郁, 白术补气健脾, 胀甚者, 加青皮、柿蒂增强降气、消胀功效; 全方共达疏肝降气、消食、除胀之效。虚证用黄芪、党参、白术、炙甘草、大枣补中益气健脾, 陈皮理气, 当归、大枣补血, 升麻、柴胡升举下陷清阳, 砂仁、肉豆蔻温中行气; 共达益气健脾、消胀之效。但实证不可攻伐太过, 中病即止, 以健脾和胃善后。服药期间, 嘱患者保持心情愉悦, 饮食起居有节。通过中医辨证论治餐后不适综合征, 可改善病人整体精神状态, 调整胃肠功能, 且副作用少, 疗效确切, 值得临床推广应用。

## 参考文献

[1] 秦光利, 马汴梁, 牛月花. 功能性胃肠病诊治与调理[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008.53

(收稿日期: 2010-04-08)

# 无张力疝修补治疗腹股沟疝 45 例临床体会

刘四新

(江西省樟树市中医院 樟树 331200)

关键词:腹股沟疝;无张力疝修补术;治疗体会

中图分类号:R 656.21

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.056

自 1989 年 Lichtentein<sup>[1]</sup>首先提出无张力疝修补手术的概念以来,各种腹股沟疝的无张力疝修补手术已陆续在临床上得以应用,它克服了传统术式的缺点,已被广大临床医生所认同。我院自 2003 年 9 月~2008 年 9 月采用无张力疝修补技术治疗腹股沟疝 45 例,临床效果满意。现报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 45 例均为男性,年龄 45~80 岁,平均年龄 65.5 岁,病程最长者 30 年,最短者 2 个月。腹股沟斜疝 40 例,直疝 5 例,其中复发疝 3 例,有其他合并症者 20 例。

1.2 材料 修补材料采用美国巴德“疝环充填式”补片。

1.3 手术方法 本组病例均采用连续硬膜外阻滞麻醉,选择切口显露疝囊,游离精索与传统手术方式相同。根据情况处理疝囊和置入填充物(锥形或伞状),使其底部与疝环口在同一平面,间断固定于疝环周围的腹横筋膜。补片平铺于精索后方,确保内环口对应处的小孔直径能使精索顺利通过,周边缝合。上方置于腹内斜肌和腹横肌腱的后方,外侧与腹股沟韧带、内侧与联合肌腱固定,下方固定于耻骨梳韧带。有渗血者放置负压引流。随后按生理解剖逐层缝合,不作其他修补。术后切口加压 6~8h,次日病人可下床活动。

便,可显示气胸或血气胸及纵隔、皮下气肿;失活组织、凝血块直接堵塞支气管断裂管腔时,则出现肺不张。并非所有伤者都出现典型的创伤性支气管断裂“下垂肺”征,无此征象者可能与断端周围组织呈袖状连接、伤侧肺有暂时性通气或血气胸对伤肺的作用有关,还可能与伤者行卧位 X 线检查有关。X 线检查的特征性改变为纵隔和颈胸部气肿。

2.3 胸腔闭式引流后大量气体持续溢出 这种情况表示,支气管断裂处与胸腔相通或肺有大的裂伤,应首先考虑支气管断裂。特别是引流后症状未好转,X 线检查仍有气胸、肺不复张或肺萎陷,呈典型的“下垂肺”,即可确诊。

2.4 纤维支气管镜检查 纤维支气管镜检查可清除积血、痰液,直接观察支气管断裂的位置和程度,

1.4 结果 本组手术时间为 30~80min,平均时间为 45min。术后切口疼痛轻微 30 例,未用止痛药,2~3d 疼痛减轻;口服一般止痛药疼痛缓解 15 例。术后排尿困难 8 例,其中 5 例为前列腺增生者,经保留尿管 1~2d 后症状消失。切口发红 6 例,经抗炎治疗 1 周消退。皮下积血 3 例,经切口引流 2 周后痊愈。切口感染 1 例,经抗感染、切口换药 4 周后完全愈合。下腹壁水肿 1 例,4 周后逐渐消退。有不适感 3 例,6 个月后均消失。本组无复发病例。

### 2 讨论

无张力疝修补手术中补片应覆盖腹股沟的整个底部,补片应超过底部的周界有充分的组织接触面,修补处完全消除张力<sup>[2]</sup>,同时避免把补片缝扎到高度敏感和神经分布丰富的耻骨结节和耻骨的骨膜上,而应固定在该处的腱膜组织上,避免损伤生殖神经、髂腹股沟神经和髂腹下神经。这样不仅可以减轻手术后的疼痛,也可排除手术后慢性神经瘤的危险。同样,要保护好精索外血管,以防血管损伤。疝内环口对应的补片裂孔对缝时避免精索受压,要尽力做到正常解剖层面的对合。术中操作要轻柔,彻底止血,避免切口内积血、积液引起感染。由于该手术老年病人较多,术中应监护呼吸、循环功能。术后切口压迫止血,若发现局部血肿应及时引流清除,以免影响切口,有感染者应及时寻找原是诊断的可靠方法。但此检查常因伤者病情危重或受限于急诊条件和技术条件,早期难以施行。多用于伤后没有剧烈咯血或严重的呼吸困难、病情稳定及延误诊断时间较长的伤者。我们认为,纤维支气管镜检查在早期诊断中不是常规检查方法。

总之,支气管断裂的诊治关键是:提高对本病的认识,重视临床表现,强调颈胸部皮下气肿的特异性、胸部 X 线检查的特异性征象、胸腔闭式引流后大量气体持续溢出的诊断价值,情况许可时,辅以纤维支气管镜检查,就能做到支气管断裂的早期诊断、早期治疗,减少并发症,提高治愈率。

### 参考文献

[1]蒋耀光.胸部创伤手术[A].见:黎介寿,吴孟超,黄孝迈.手术学全集·胸外科卷[M].北京:人民卫生出版社,1995.122-144

(收稿日期:2010-04-07)