

肾外伤 36 例诊断与治疗分析

林建文

(江西省樟树市人民医院 樟树 331200)

关键词: 肾外伤; 诊断; 治疗; 分析

中图分类号: R 641

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.044

近年来,随着交通或工业事故增多,肾外伤有明显增多趋势。我院从 2005 年 8 月~2010 年 12 月共收治肾外伤患者 36 例,现将诊断治疗情况作一总结分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 36 例,男 29 例,女 7 例,年龄 4~76 岁,平均年龄 32.4 岁;左肾 25 例,右肾 11 例;就诊时间伤后 0.5~24 h,平均 8.5 h;轻中度肾损伤 31 例,重度肾损伤(全层裂伤、粉碎伤)5 例。致伤原因为车祸、坠伤、跌打伤,全组均为闭合性损伤。合并伤 4 例,其中肝破裂 1 例,脾破裂 2 例,骨折 1 例。临床表现为血尿、腰腹部胀痛、低血容量休克为主,并发腹腔实质脏器损伤者以失血性休克为主,并发骨折者具有相应的临床症状和体征。全组均有血尿,其中肉眼血尿 31 例,镜下血尿 5 例,发生休克 3 例。

1.2 检查和治疗 方法 本组 B 超检查 23 例,发现肾周积液 18 例,其中肾实质碎裂伤 3 例,而经 CT 检查 16 例均及时确诊并分类。保守治疗 31 例成功 30 例,继发出血 1 例,行手术切除患肾;手术治疗 5 例,全部行肾切除。对并发其他器官损伤的 4 例患者给予相应的治疗,其中肝修补 1 例,脾切除 2 例,对 1 例骨折患者进行了相应治疗。

1.3 结果 36 例全部痊愈出院,23 例随访 3~4 年,血压、肾功能、尿常规均正常,15 例 B 超检查肾未见异常改变。

2 讨论

2.1 肾外伤的诊断 肾外伤是泌尿系统损伤中很

常见的一种,仅次于尿道损伤而居第二^[1]。目前国内肾外伤分为轻度伤(挫伤、小裂伤)、中度伤(裂伤)、重度伤(碎裂伤及肾蒂伤)三类。而美国创伤外科协会标准将肾外伤分 5 级:Ⅰ级,肾挫伤或包膜下血肿;Ⅱ级,肾周围血肿局限在腹膜后或肾皮质裂伤小于 1.0 cm,无尿外渗;Ⅲ级,肾皮质裂伤大于 1.0 cm,无尿外渗;Ⅳ级,肾实质裂伤超过皮髓交界处,并进入集合系统,肾段动静脉损伤;Ⅴ级,肾碎裂伤,肾蒂撕裂,肾动脉血栓形成^[2]。笔者认为,根据外伤病史,肾区疼痛、压痛或肿块,尿常规有无血尿及血尿程度,即可初步诊断肾外伤,B 超、CT 及腹腔穿刺对明确肾损伤的程度和分类有重要意义。其中 B 超可对肾损伤的形态改变和后腹膜有无积液作准确的诊断,而且快捷方便,可反复检查,适合急诊肾外伤的筛选。CT 增强扫描对肾损伤程度的判断准确,可确定血肿、外渗的范围及肾组织损伤的程度,现已成为肾外伤诊断的最重要手段,资料报道 CT 对肾损伤定性诊断率达 100%,优于 IVU 和 B 超^[3]。本组 CT 对肾外伤的检出率为 100%。所以 B 超、CT 联合检查对肾损伤的诊断及进一步治疗,具有指导意义。

2.2 肾外伤的治疗 由于肾外伤的类型、程度不同,故治疗方法也不相同,但总的治疗原则是:首先保全患者的生命,其次是最大限度地保留肾组织。目前认为对肾挫伤、轻微肾裂伤和肾包膜下中等患者宜采用非手术治疗,嘱患者绝对卧床休息 2 周,积极给予抗休克、补液、止血镇静等对症处理,留置导尿,应用广谱抗生素,防治肾周感染,保持大便通

君以火麻仁、大黄攻积泻下导滞;臣以柴胡、白芍、当归疏泄肝气,养血和血柔肝;白术、茯苓益气健脾;佐以枳实、厚朴行气除满,下气消痞;生地、杏仁滋阴增液,降气润肠;使以薄荷疏肝解郁、蜂蜜润肠通便。诸药共济以达到行气润肠通便的作用。笔者认为从整体出发,根据治病求本的原则,依据藏象生克理论综合治疗,往往比单一的泄下效果好。

此外,应重视日常生活饮食调理。建议便秘患者:(1)每日晨起即饮 1 000 mL 左右温开水;(2)

养成在早上 5~7 点解大便的习惯;(3)多食蔬菜水果及粗粮;(4)适当补钙,饮用酸奶,坚持运动,如仰卧起坐,加强肠道蠕动能力训练;(5)推拿、按摩,按摩敲打足阳明胃经、足少阳胆经等。

参考文献

[1]何凌,崔英,姜国平.功能性便秘中西医结合治疗近况[J].实用中西医结合临床,2004,4(2):76
[2]施瑞华.消化疾病诊断流程与治疗策略[M].北京:科学出版社,2007.178-181
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.18

(收稿日期: 2011-08-15)

中西医结合治疗腹部手术后肠梗阻 32 例

李芬如 傅小云

(江西省新干县人民医院 新干 331300)

关键词:肠梗阻;腹部手术后;中西医结合疗法

中图分类号:R 619.9

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.045

2008 年 1 月~2011 年 9 月我科在西医常规治疗基础上,采用自拟活血化瘀、理气通腑之活血承气汤治疗腹部手术后导致的肠梗阻 32 例,疗效满意。现小结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例均有腹部手术史,其中男 18 例,女 14 例。原发手术史:阑尾炎阑尾切除术 11 例,球部溃疡胃切除术或穿孔修补术 6 例,子宫肌瘤子宫次全切除术 2 例,输卵管结扎术 3 例,宫外孕手术 3 例,剖腹产手术 2 例,外伤后内脏破裂修补术 5 例。手术后肠梗阻发生时间 1 个月~15 年。

1.2 临床表现 32 例均有不同程度腹胀腹痛,肛门停止排气排便,腹胀较腹痛明显;腹部轻度压痛,无反跳痛;X 线腹部平片均提示不全性肠梗阻;肠鸣音减弱 20 例,肠鸣音消失 6 例,肠鸣音亢进 6 例;体温、血白细胞均有不同程度升高。

1.3 治疗方法 在加强监测生命体征的基础上采用:(1)禁食、持续胃肠减压,以减少肠道压力和负担,待肛门排气排便后拔除胃管。(2)补充能量和液体,维持水、电解质平衡,使患者有较强的防御能力。(3)使用广谱抗生素,一般使用第三代头孢菌素或喹诺酮类加甲硝唑,时间 3~7 d。(4)中药活血承气汤由胃管注入:桃仁、枳壳、泽兰、厚朴、乌药各 10 g,赤芍 15 g,生大黄(后下)、当归、莱菔子各 20 g,芒硝 15~20 g(另冲服),水煎 2 次,取汁 300 mL,每次用注射器抽取药液 50 mL 注入胃管(注入前先抽空

肠,防止因咳嗽、大便干燥等因素引起腹压增加,而导致继发性肾出血发生;每日定时测血压、脉搏、观察生命体征变化,观察尿液颜色及量的变化,观察腹部体征变化,多饮水。这样,绝大多数患者能够痊愈。在治疗观察中如出现:(1)持续大量尿尿;(2)腰部血肿包块增大伴有出血性休克,经输血等治疗措施不能纠正或血压回升后短期又复出现休克;B 超和 CT 检查提示重度肾碎伤及肾蒂损伤;(3)腹穿抽出不凝固血液,疑伴有腹内脏器损伤者,应急诊手术探查。在有条件的情况下,尽可能保留肾脏,但行肾部分切除或修补术风险大、手术时间长、合并症多。我院收治的严重肾损伤大多有合并伤,失血性

胃内液),每 2~3 小时注入 1 次,至肛门排气排便为度。

1.4 治疗结果 32 例经 48 h 治疗后肛门排气排便 30 例,2 例 48 h 肛门仍未排气排便,腹部胀痛不缓解而转普外科手术治疗。30 例中胃管内注药后 4~8 h 排气排便 8 例,8~12 h 排气排便 7 例,12~18 h 排气排便 5 例,18~24 h 排气排便 3 例,24~36 h 排气排便 4 例,36~48 h 排气排便 3 例。

2 病案举例

陈某,男,21 岁,住院号:20101157,农民。2010 年 11 月 5 日因持续性腹胀痛伴肛门停止排气排便 4 h 入院,腹痛呈阵发性加剧,无放射,伴恶心,小便正常。查体:T37.8℃,巩膜无黄染,心肺听诊正常,腹软,腹部稍膨隆,未见胃型及肠蠕动波,右下腹可见一手术瘢痕,腹部有压痛无反跳痛,肝脾未触及,肠鸣音减弱。1 年前在我院行阑尾炎阑尾切除术。血常规:WBC 13.6×10⁹/mL,N 78%,L 22%。血、尿淀粉酶均正常。X 线腹部平片示:右上腹部可见 2 个气液平面征象。治疗方法:(1)禁食、持续胃肠减压。(2)补液,维持水电解质平衡。(3)抗生素使用:头孢曲松+甲硝唑。(4)中药以活血化瘀、理气通腑为法:桃仁、泽兰、枳壳、厚朴、乌药各 10 g,当归、赤芍各 15 g、生大黄(后下)、芒硝(另冲服)、莱菔子各 20 g。水煎 2 次,取汁 350 mL,用注射器抽取药液 50 mL 注入胃管(注药前抽空胃液)后夹管,每 2 小时注入 1 次。注药 2 次后出现肛门排气,腹胀减轻,注

休克严重,急诊手术以探腹、止血抢救生命为手术目的,故对严重肾外伤,我科均行肾脏切除手术。我们认为及时准确评估肾损伤及合并伤的程度,严格掌握手术治疗和非手术治疗指征是处理肾损伤的关键。治疗应先抢救生命,手术应最大限度地保留肾组织。

参考文献

[1]包尔敦,凌桂明,谢桐.闭合性肾外伤 48 例临床治疗分析[J].上海医学,1996,19(7):420
[2]坦纳格胡(Tanagho EA).史密斯普通泌尿外科学[M].北京:科学出版社,2001.334-337
[3]杨红亘,刘鉴光,曾宪俭,等.171 例肾损伤诊断治疗体会[J].中华泌尿外科杂志,1996,17(6):353-355

(收稿日期:2011-10-27)