

## 外伤性小肠破裂 84 例诊治体会

延安大学附属医院普外科(延安 716000) 高炜东 贾康\* 雷星

**摘要** 目的:总结外伤致小肠破裂的诊断方法和处理措施。方法:对 84 例外伤性小肠破裂的临床资料进行回顾性总结和分析。结果:本组外伤性小肠破裂 84 例中开放性损伤仅占 42%,有典型腹膜炎表现者仅占 87.6%。均经手术治疗,小肠破裂可采用肠修补或肠切除治疗。结论:外伤性小肠破裂要详细询问病史、严密观察,对术前处理、术式选择、预防感染等问题应高度重视。

**主题词** 小肠/损伤 损伤/诊断 损伤/外科学

外伤性小肠破裂虽在腹部损伤中较常见,但临床上延误诊断和处理不当仍时有发生。我科于 1998~2005 年共收治外伤性小肠破裂 84 例,现将诊治体会报告如下。

### 临床资料

1 一般资料 本组 84 例,其中男 76 例,女 8 例,年龄 9~64 岁。致伤因素为挤压伤 13 例,撞击伤 35 例,刀刺伤 21 例,坠落伤 15 例。其中开放性损伤 35 例,占 42%。伤后入院时间 $\leq$ 1h 12 例,1~6h 35 例,6~12h 31 例,12~24h 6 例。

2 临床表现 全组病人均有不同程度的腹痛,有典型腹膜炎 73 例,占 87.6%;伴有休克 16 例,占 19.0%;本组 84 例均行剖腹探查,十二指肠损伤 12 例,空肠损伤 33 例,回肠损伤 39 例。小肠 1 处破裂 42 例,2 处破裂 27 例,多处破裂 15 例。并发肠系膜损伤 68 例,肝破裂 5 例,胃破裂 21 例,膈肌贯通伤 11 例,脾破裂 32 例,腹膜后血肿 26 例。并发骨折 19 例。

3 治疗结果 行单纯肠修补 23 例,占 27%;肠部分切除、肠吻合 54 例,占 64%;十二指肠修补加十二指肠减压 7 例,占 8%。同时行胃修补 20 例,脾切除 26 例,肝修补 5 例,肠系膜修补 61 例。84 例均痊愈出院。术后切口感染 9 例,肠粘连不全性梗阻 26 例,经保守治疗治愈。

### 讨论

由于系膜小肠位于腹腔中下部,缺乏坚固组织保护,突遇外力作用于腹部时易致小肠损伤穿

孔或破裂。平时肠管损伤以闭合型居多。引起小肠破裂的外力可以是直接暴力的撞击、打击、挤压;也可以是间接暴力如跌倒、坠落、突然用力或快速运动时突然中止,当外力直接作用于腹壁,将肠袢挤压于脊椎体或骶骨上造成肠破裂,由于腹部直接受到压力而致腹压升高,腔内的液体或气体在曲折的肠袢间一时无回转余地而致肠破裂<sup>[1]</sup>;也有少数在病理情况下如肠粘连或畸形、肠管慢性炎症等外伤时易致破裂穿孔。

根据外伤史及腹膜炎体征,尤其是开放创口,有时可见到破裂的肠管外露或肠内容物外溢均可确定诊断。而对于一部分闭合性损伤的病人早期诊断就比较困难。我们采取了以下几种方法进行诊断获得了较好的效果:①详细询问外伤史,清楚受伤的部位,外力的大小、方向,是否直接作用于腹壁,受伤后病人的反应;②仔细认真的查体,如腹壁是否有皮肤擦伤、是否有肿胀,是否有腹膜炎表现,是否有移动性浊音及肝浊音界的变化;③腹部透视:腹部外伤后能够致膈下游离气体的脏器有胃、小肠及结肠。有人报告外伤性肠破裂出现膈下游离气体者为 47.1%<sup>[2]</sup>,为了充分显示膈下游离气体和提高其阳性率,可反复透视,在透视前嘱病人直立 15min,也可侧卧位,本组 26 例以此法获得确诊;④动态观察,反复腹腔多点穿刺,此法简单,容易掌握,是目前诊断腹部外伤比较准确而理想的方法。有人统计阳性率为 97%。但阴性也不能除外肠破裂。⑤腹腔灌洗引流:当腹穿阴性、探查指征欠确切而病情又允许的情况下,可采用腹腔灌洗引流术,常能提供早期重要的诊断根据。

\* 陕西省蓝田县医院

当腹腔引流液镜检发现  $RBC > 0.1 \times 10^{12}/L$ , 提示有内出血;  $WBC > 0.5 \times 10^9/L$ , 提示胃肠管损伤和腹内感染; ⑥剖腹探查术, 这既是诊断手段, 又是治疗手段。对部分病人的诊断难以肯定而又具备剖腹探查指征者, 我们可于术前在胃管内注入或口服美蓝, 术中探查如发现腹腔内有蓝染, 就可以诊断为消化管穿孔破裂, 可以从蓝染的范围内找到破裂的部位; 还可以及时发现一些隐藏部位的穿孔破裂, 例如肠系膜侧的破裂、腹膜后的十二指肠破裂等, 可以避免术中漏诊, 本组 9 例以此法在术中获得确诊。

早期手术是挽救病人生命的决定性措施, 伤后 2~4h 手术效果最佳, 以后每延迟 4h, 病死率将增加 15%<sup>[3]</sup>, 故我们认为一旦确定诊断, 应积极的早期手术治疗, 但要进行必要的短时间的术前准备, 包括抗休克, 治疗并发症。首先要建立良好的输液途径, 有条件者应采用中心静脉压监测, 要快速输液, 补充血容量, 力争血压、脉搏达到满意的水平时应及时手术治疗。我们体会剖腹探查的指征: ①腹膜炎体征存在, 肠鸣音减弱或消失; ②经积极胃肠减压 2h 后腹胀仍不能缓解或反而加重; ③X 线检查有膈下游离气体; ④腹穿或腹腔灌洗阳性。⑤短时间观察患者腹痛和(或)腹膜炎体征加重。手术前要积极、尽快做好各项准备, 包括输液、输血、应用抗生素等。手术探查应全面、认真、仔细, 如并发有实质脏器破裂出血应先止血, 然后再处理其他损伤, 探查重要器官不能满足已有的发现, 而遗漏一些比较隐蔽部位的损伤, 腹部创伤约 1/3 以上是多脏器伤, 术中不能满足于发现一个脏器伤或一处损伤, 应全面认真细致地探查, 特别注意不要遗漏那些隐蔽部位的损伤, 以免造成不良后果。肠系膜缘的血肿即使不大, 也应打开检查以免遗漏小的穿孔。手术以简单有效、确实为原则。开放性损伤时, 清创后如小肠破口不大行单纯修补便可奏效。对边缘组织有碾挫及血运障碍者, 应进行清创, 证实创缘有良好血运后再缝合。若出现: ①肠管破损近 1 周; ②缺损过大或长的纵行裂伤, 直接缝合预计会造成肠腔狭窄; ③多

处破裂集中在一小段肠管时; ④肠管严重碾挫伤, 血运障碍; ⑤肠壁内或系膜缘有大血肿; ⑥系膜严重挫伤或断裂, 或肠系膜与肠管间撕脱导致血运障碍者应做肠段切除术。为防止吻合口瘘, 在清洗腹腔的同时, 我们对 28 例患者破裂小肠在术中经裂口处行近端肠管减压, 尽量排尽近端肠内容物, 11 例肠内容物多, 污染较重患者, 用稀释碘伏冲洗近端小肠, 皆无吻合口瘘; 肠破裂势必会有细菌污染腹腔, 外伤超过 6h 常致腹腔感染。对于腹腔渗液多, 污染或感染严重者, 应及时手术清除腹腔内积液积脓, 并用大量生理盐水反复冲洗腹腔, 直至冲洗液清亮为止, 这对于减少术后腹腔感染及毒素吸收、防治中毒性休克、减轻腹内粘连、促进肠蠕动早日恢复等均具有重要意义, 必要时可放置引流; 小肠破裂后由于肠腔内容物外溢引起腹腔严重污染或感染, 术中常易累及腹壁切口, 是术后产生切口感染的重要原因。患者于术前均静滴抗生素, 术中将腹膜外翻固定后另加纱布覆盖双重保护切口, 术毕腹膜缝合后用 0.2% 甲硝唑 250ml 浸洗伤口, 切口感染几率将会减低, 术中加强无菌观念和遵守无菌操作原则、妥善保护切口是预防切口感染的重要方法, 合理预防性用药对预防切口感染有一定作用; 术后继续胃肠减压, 联合应用有效抗生素以抗感染, 亦不能忽视水电解质酸碱失衡的调节, 注意加强支持疗法以利恢复, 鼓励病人早期下床。

我们认为, 对腹部损伤病人应保持高度警惕, 不能轻易排除小肠破裂的可能性, 对一时难以确诊者, 必须强调动态观察, 定时复查。

#### 参考文献

- 1 吴阶平, 裘法祖. 黄家驹外科学. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 956~957
- 2 李东勤. 肠破裂 60 例诊治体会. 实用外科杂志, 1990; 8(1): 42
- 3 宋世兵, 李强. 腹部闭合伤后小肠破裂延误诊断 4 例分析. 临床误诊, 1996; 9(2): 71

(收稿: 2006-03-20)