

## 16例心脏破裂伤的诊治体会

代建川, 陈锡霖

(文山州人民医院胸心血管外科, 云南 文山 663000)

[关键词] 心脏损伤; 心脏外科手术; 诊治

[中图分类号] R605 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 11-0129-02

近年随着外科技术和ICU的迅猛发展, 心脏破裂的救治成功率不断提高, 但外伤性心脏破裂仍然是胸外伤的危急重症, 死亡率仍比较高. 大部分患者死于现场或转运途中, 少数能到医院抢救, 早期诊断及急诊开胸手术治疗是挽救心脏破裂伤患者成功的关键. 本研究通过回顾性分析, 总结文山州人民医院自2002年2月至2012年3月急诊开胸手术救治外伤性心脏破裂伤患者16例, 诊治体会报告如下.

### 1 临床资料

16例伤员, 男15例, 女1例, 年龄16~48岁, 平均27.8岁. 外伤类型: 刀刺伤12例(外伤入口在左前胸7例, 右前胸2例, 剑突下3例); 3例为车祸伤; 1例牛角挑伤. 损伤部位: 右心室7例; 右心房5例; 左心室2例; 另有2例心包穿透伴心肌不全性裂伤(为右室壁), 同时伴有冠状动脉分支损伤1例(左冠状动脉前降支, 为远侧1/3), 心中静脉损伤1例. 此外, 同时伴肺损伤9例, 伴开放性腹部伤肝破裂、膈肌破裂2例, 伴胸骨骨折、肋骨骨折3例. 并发症: 入院时有心包填塞15例; 失血性休克14例. 就诊时间: 受伤后至就诊时间为15min~1d. 积血量: 心包填塞病例心包腔积血量为200~800 mL, 左侧血气胸9例, 右侧血气胸6例, 双侧1例, 胸腔积血量为1000~3000 mL. 影像检查: 术前14例行X片及胸CT检查, 2例未做检查直接手术.

救治措施和手术方法: 快速建立静脉通道, 所有患者即刻行中心静脉置管, 给予快速配血、输血、输液, 吸氧, 适量应用血管活性药物, 保证重

要器官血液供应.

气管插管全麻成功后立即开胸手术, 所有病例切口均采用伤侧前外侧切口, 同时行膈肌破裂修补、肝破裂修补2例, 胸骨骨折、肋骨骨折内固定3例, 肺破裂修补9例, 心包破裂口约1~4 cm, 心脏破裂口0.5~3 cm. 开胸后沿心包破裂口切开心包快速吸净心包腔内积血, 找到心脏裂伤口, 对于心房破裂口用心耳钳钳夹止血, 用3~0普里零线连续缝合修补创口, 心室破裂口用手指轻压心脏裂伤口控制出血, 然后用3~0普里零线加垫片间断水平褥式缝合. 邻近冠状血管采用血管下水褥式缝合, 其中1例左冠状动脉前降支(为远侧1/3)损伤予缝扎, 术后检查缝合心脏破裂口无出血后冲洗心包腔及胸腔, 留置胸腔闭式引流管, 完成心脏破裂口修补后同期处理合并伤. 术中输血800~2500 mL.

### 2 结果

16例心脏破裂伤患者均顺利完成手术, 无死亡病例, 所有病例均治愈出院. 术后心电图: 1例局部心梗表现, 4例心肌损害, 1月后复诊恢复正常. 随访1~6月, 16例患者血气分析、心电图和心脏彩超检查均正常.

### 3 讨论

#### 3.1 早期诊断

快速明确的诊断是救治外伤性心脏破裂伤患者的前提. 对有下列情况患者应高度怀疑有心脏破裂伤可能<sup>[1,2]</sup>: (1) 有胸骨两侧、剑突下、肋弓下开

[作者简介] 代建川 (1974~), 男, 云南文山州人, 医学学士, 主治医师, 主要从事胸外科临床工作.

[通讯作者] 陈锡霖. E-mail:1733562733@QQ.com

放性创口,出血较多,且一般止血措施难以控制;(2)前胸壁钝性闭合性损伤伴有面色苍白、四肢冰冷、血压下降,经输血等抗休克治疗不能缓解病情;(3)有 Beck 三联征(动脉压下降、静脉压上升和心音遥远);(4)X片、胸CT、床边B超检查提示心胸比例增大、心包积液.有上述1项或1项以上表现者可诊断为心脏破裂伤.

### 3.2 正确救治

心脏破裂患者在短时间内发生死亡,其最主要原因是急性心包填塞和失血性休克<sup>[1]</sup>.解除心包填塞和持续抗休克可提高救治率,挽救患者生命.一般认为心包穿刺对具有心包填塞症状患者是一个较为重要的诊断和治疗方法,能缓解症状改善血液动力学,但有较危险并发症或医源性损伤,常因心包腔内有血凝块出现假阴性,而延误诊断,延误抢救,故临床采用心包穿刺应慎重,不主张常规进行.应用多巴胺等血管活性药物提高和维持血压,有利于提高手术的耐受性,但术前勿期望于提高血压及抗休克.

外伤性心脏破裂是胸心外科的急危重症,伤势凶险,诊断一经确立,应迅速实施开胸手术<sup>[4]</sup>.术前迅速行深静脉导管置管,建立深静脉输液通路,急配血、输血,抗休克.术口选择应结合心脏破裂伤患者损伤部位,患者胸部创口及受伤部位以左前胸及剑突下为主,手术入路以前外侧切口为佳,笔者均采用前外侧切口,具体手术入路应根据创口的位置及伤道的走向来决定,以能充分暴露心脏创口、开胸时间快为原则.在术中处理上,入胸后应迅速沿心包破裂口切开心包快速吸净心包腔内积血,找到心脏裂伤口,吸引干净心包腔积血,用手指轻压心脏裂伤口止血,用3~0普里零线加垫片缝线穿过指尖处裂口两侧的全层心肌行水平褥式缝合,指尖下移暴露已缝合裂口上端,助手立即结扎缝线,如有血凝块堵塞在心

脏裂伤口表面应在缝线打结前清除并须控制出血,如此间断水平褥式缝合,直至整个裂口完全缝合.裂伤位于冠状动脉附近时,缝合止血应小心避开冠状血管,采用血管下间断褥式缝合,避免冠状动脉血管的损伤,其分支远端损伤可予结扎.对于心房破裂口用心耳钳夹止血后,用3~0普里零线连续缝合修补创口.心脏裂伤口修补时注意要缝合心肌全层,结扎要适度,打结不能过紧,能止血且不扯裂心肌.心脏裂口缝合后须依据伤口的走向探查有否其他脏器损伤,肺、肋间血管以及腹腔脏器损伤为多见的合并伤.特别须注意腹部体征,探查膈肌是否损伤,如有膈肌损伤则须探查腹部.处理合并伤的原则是:首先控制出血、输液、抗休克,后处理其他脏器损伤<sup>[5]</sup>.

总之,快速明确的诊断,迅速实施开胸手术,封闭心脏破口,控制出血,解除心包填塞压,同时进行抗休克和持续输血,这些措施是提高外伤性心脏破裂伤患者的救治率和成功挽救患者生命的关键.

### [参考文献]

- [1] 钱希明,李学中.心脏穿透伤的救治原则[J].第一军医大学学报,2000,20(6):574-575.
- [2] 汪增炜,刘维永,张宝仁.心脏外科学[M].北京:人民军医出版社,2003:502-510.
- [3] 高劲谋.胸部创伤诊治中的几个问题[J].中华创伤杂志,2004,20(5):257-258.
- [4] 梁贵友,石应康,杨建,等.心脏穿透伤224例的临床分型和处理[J].中国胸心血管外科杂志,2003,10(1):22-25.
- [5] 顾恺时主编.胸心外科手术学[M].上海:上海科学技术出版社,2003:1043-1046.

(2012-07-15 收稿)