

2010年内科护理：腹部创伤的诊断_护士资格考试_PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_86_85_c21_1720.htm 了解受伤过程和取得体征是诊断腹部损伤的主要内容，但有时因伤情紧急，了解受伤史和检查体征常与一些必要的治疗措施（如止血、输液、抗休克、维持呼吸道通畅等）同时进行。腹部创伤不论是开放伤或闭合伤，首先应确定有无内脏损伤，再分析脏器损伤的性质，部位和严重程度，同时还应注意有无腹部以外的对生命威胁较大的多处损伤，以便早期作出正确诊断，及时治疗。（一）闭合伤 1.有无内脏伤 多数伤者由于临床表现较为典型，要确定内脏是否受损一般并不困难，但是不少伤者诊断却并不容易。这种情况常见于早期就诊而腹内脏器损伤的体征尚不明显者，为了解决这方面的困难，进行短时间的严密观察是十分必要的。值得注意的是：有些伤者在腹部以外另有较严重的合并损伤，致使腹腔内脏器损伤的表现可能被掩盖，或因伤者，陪伴者，甚至医务人员的注意力被引至合并损伤的表现而忽略了腹部情况。例如，合并颅脑损伤时，伤者可因意识障碍而无法提供腹部损伤的自觉症状；合并胸部损伤时，因引人注目的呼吸困难，使人们的注意力被引至胸部；合并长骨骨折时，骨折部的剧痛和运动障碍使人们忽略了腹部情况。为了防止漏诊，必须做到：（1）详细了解受伤史，包括受伤时间，受伤地点，致伤条件，伤情，受伤至就诊前的伤情变化和就诊前的急救处理。伤者有意识障碍或因其它情况不能回答问题时，应向现场目击者或护送人询问。（2）重视全身情况的观察，包括脉率、呼吸、体温和血压的测定，

注意有无休克征象。（3）全面而有重点的体格检查，包括腹部压痛，肌紧张和反跳痛的程度及范围，是否有肝浊音界的改变或移动性浊音，直肠指检是否有阳性发现等。还应注意腹部以外部位有无损伤。（4）进行必要的化验检查。腹内有实质性脏器破裂而出血时，红细胞、血红蛋白，红细胞压积等数值可见下降，白细胞计数则略见升高，空腔脏器破裂时，白细胞计数可明显上升。尿常规检查有助于发现泌尿器官的损伤。胰腺损伤时，血尿淀粉酶数值多有升高。当有以下情况时之一者，应考虑有腹内脏器损伤。早期出现休克征象者（尤其是出血性休克）；有持续性剧烈腹痛、恶心、呕吐和腹胀等症状者。明显的腹膜刺激征者。有移动性浊音，肝浊音界消失和肠鸣音减弱或消失等表现者；有呕血、尿血或便血者；直肠指诊在直肠前壁有触痛，波动或指套有血迹者；受伤当时临床症状不明显，但以后逐渐加重者。

2. 什么脏器伤 要解决这一问题，宜先确定是哪一类脏器受损，然后进一步考虑是什么脏器的损伤。外伤后腹部都有固定压痛区，且伴有不同程度腹肌紧张，常可根据压痛部位来判断什么脏器损伤。实质脏器如肝、脾、肾等的损伤，主要表现为出血，出血量多则逐渐呈休克状态，单纯实质脏器损伤时，腹痛一般不重，压痛和肌紧张也不很明显。出血量多时常有腹胀和移动性浊音。因此必须严密观察伤情及体征的变化，定期测量脉搏，血压、血象。血尿和排尿困难是尿路损伤的最重要症状，肾脏破裂除血尿外，可出现腰部疼痛和肿胀，尚可有腹膜受刺激的现象，如恶心、呕吐、肠麻痹等。空腔脏器如胃肠，胆道膀胱等的损伤，主要表现为腹膜炎。临床上出现剧烈腹痛，恶心，呕吐，全腹有明是

的压痛，反跳痛和肌紧张，肝浊音界消失，肠鸣音减弱或消失，白细胞增多等征象。以下各项表现对于确定那一类脏器破裂有一定价值：有恶心、呕吐、便血、气腹者多为胃肠道损伤，再结合暴力作用部位，腹膜刺激征最明显的部位和程度确定损伤在胃、上段小肠、下端小肠或结肠；有排尿困难，血尿，外阴或会阴部牵涉痛者，提示泌尿系脏器损伤；有膈面腹膜刺激表现（同侧肩部牵涉痛）者，提示上腹部脏器损伤，其中尤以肝和脾的破裂多见；有下位肋骨骨折者，提示有肝或脾破裂的可能。

3.是否有多发性损伤 现代工农业生产方式或交通工具的发展，多发损伤的发生率日益增高，各种多发损伤可能有以下几种情况：腹内某一脏器有多处破裂；腹内有一个以上脏器受到损伤；除腹部损伤外，尚有腹部以外的合并损伤；腹部以外受损累及腹内脏器。不论哪一种情况，在诊断和治疗中，都应注意避免漏诊，否则必将导致严重后果。提高警惕和诊治中的全面观点是避免这种错误的关键。

4.常用的辅助检查（1）诊断性腹腔穿刺及灌洗：诊断性腹腔穿刺阳性率可达90%以上，故对诊断腹腔内脏有无损伤和那一类脏器的损伤有很大帮助。只要怀疑有腹腔内脏损伤，一般检查方法尚难明确诊断的情况下均可进行此项检查。但在严重腹胀或有肠麻痹，或既往有腹腔严重感染及做过大手术，疑有广泛腹腔粘连的情况应慎重。腹腔穿刺的部位：脐和髂前上棘连线的中、外1/3交界处；脐水平线与腋前线交界处；肋缘下腹直肌外缘。穿刺部位选定后，让病人先排空膀胱并向穿刺侧侧卧5分钟，然后在局麻下用普通8~9号针头或16~20号腰穿刺针进行腹腔穿刺。进腹腔后，一面缓慢抽吸，一面进针。如回抽无液体

吸出，可改变穿刺针的方向，深度再吸。抽出不凝固的血液，胃肠内容物、胆汁、混浊腹水，尿液则为阳性。疑有胰腺损伤，可测定抽出液的淀粉酶含量，亦可用带针芯的套管针进行穿刺。入腹腔后，拔出针芯，将有侧孔的垫料管径针管送入腹腔深处，然后回抽。有时可因穿刺针管或塑料管被大网膜堵塞，或腹腔内液体未流至穿刺区，抽不到液体而出现假阴性。此时，如仍有内脏损伤可疑时，可更换穿刺部位再行穿刺。若诊断性腹腔穿刺阴性而又高度怀疑腹内有严重损伤，可采取诊断性腹腔灌洗术进一步检查。穿刺部位常于腹中线，在脐与耻骨联合连线上方处。穿刺方法与诊断性腹腔穿刺相同。用带针芯套管针刺入腹腔，将有侧孔的塑料管置入腹腔。塑料管尾端连接无菌输液瓶，将500~1000毫升的生理盐水缓缓注入腹腔。当液体流完后，把输液瓶转移至床面以下，借助虹吸作用使灌洗液流回输液瓶。然后，取瓶中液体三管，每管约10毫升，分送化验检查红细胞与白细胞计数，淀粉酶测定，细菌培养及涂片染色查细菌，有符合以下任何一项结果者为阳性：肉眼观为血液，胃肠道内容，胆汁或尿液；显微镜下红细胞计数超过10万/mm³或白细胞计数超过500/mm³；淀粉酶含量超过1000索氏化单位；灌洗液中发现细菌。

(2) 放射线检查：腹部创伤的伤员如条件允许均应行胸腹部的X线平片摄影。胸部平片可观察到下位肋骨骨折。腹部平片可观察到膈下积气，某些脏器的大小，形态和位置的改变。这些对于腹内脏器损伤的诊断有一定帮助。如脾破裂时可见左膈升高，胃受压右移，胃结肠间距增宽，左侧下位的肋骨骨折等。有条件的地方还可行选择性动脉造影，对内脏出血的部位有一定的诊断价值；尿道膀胱造影

可帮助诊断尿道膀胱损伤；甚至可行CT检查。但是，由于腹部伤的伤员多较严重，有些处于休克状态，实际上，这些检查常受到很大限制。（3）超声波检查，对内脏的外形，大小，腹腔内积液的检查有一定帮助，但假阳性和假阴性较多。此外，有条件的还可以进行放射核素扫描，腹腔镜检查等，但由于需要特殊的设备，伤员情况较重而受到很大的限制。

（二）火器伤，腹部战伤以穿透伤为主，因为腹部有伤口，诊断一般不困难，从伤口的部位和伤道方向，结合受伤当时的姿势。可以判断腹内有无脏器伤，若伤口内有内脏脱出，流出肠内容物或较多的血液，诊断便可肯定。腹部开放性损伤，只要腹膜穿破，在野战情况下就应是剖腹探查的指征，但伤道出入口位于腹部以外的，如果腹部体征不明显，即可造成诊断上的错误。伤道方向对腹部内脏虽可作一估计，但不能肯定，因轻武器的口径小，子弹轻，击中人体后碰到不同密度的组织可改变方向。对伤道出入口位于下胸部，腰骶部，臀部，股部或会阴部的伤员，必须详细检查腹部，注意有无脏器损伤。如一组329例腹部火器伤中，有135例的出入口不在腹部，占41%。在胸腹联合伤中，腹部伤漏诊断较多，如一组75例胸腹联合伤中，在一线医院漏诊断的有28例，占39.3%。由于明显的胸部伤口和引人注目的呼吸症状，在抢救时医生注意力往往集中在胸部伤，而忽视了腹部伤，总之伤口不在腹壁的腹内脏器伤的诊断，须结合腹部闭合伤各种检查，仔细分析，可疑腹内脏器伤难以排除时，应及时进行剖腹探查。

野战条件下腹部创伤的诊断与平时相比应注意下列几点：野战条件下由于设备简单，某些常规检查在战地难以做到，因而，腹部创伤的诊断主要依赖临床体检，不应

过分依赖化验，放射线检查及其它特殊检查。来源：考试大

对可疑的腹部创伤由于人力少。伤员流动性大，难于反复的系统的长时间观察，要尽快做出果断的处理决定。战时对腹部伤的诊断，只要肯定有内脏伤即使不能确定为某一或某些脏器伤亦应尽早进行剖腹探查。战时腹部闭合伤或伤口在会阴部，臀部，阴毛区的伤员，如腹部有刺激征存在则应仔细判断，不要漏诊或误诊。临床检查难于排除腹内脏器伤者，可行剖腹探查，切不可冒险将可疑内脏伤的伤员后送。战时剖腹探查的适应症应较平时适当放宽，以免漏诊，漏治。更多信息请访问：百考试题护士网校 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com