

2011年临床执业医师：穿透性心脏外伤的手术治疗 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/652/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_652220.htm 穿透性心脏外伤的手术治疗：

手术适应证、术前特殊处理、麻醉、体位和切口、心脏修补术！

1.手术适应证 心肌穿透伤，伴心包压塞或进行性出血性休克者，或心包穿刺减压后又迅速出现心包压塞征者，都应立即手术治疗。如循环已停止或一般状况太差，应立即在急诊室内开胸手术。其余病例经详细检查，如果有确凿无疑的病变，尤其有心包填塞症状或出血导致血压下降，须手术治疗。

2.术前特殊处理 如果刺入心脏的刺伤物如尖刀，仍留在胸壁，手术前不宜急于拔出；手术前发生心脏骤停，须紧急开胸作心脏挤压，解除心包填塞，并以手指暂时控制出血部位，改善心排血量。体外心脏按摩不仅无效，而且有加重心包压塞之虞。

3.麻醉 以气管插管全身麻醉为宜。手术开始时，给以少量浅麻醉，并大量给氧。全身麻醉能扩张周围血管，正压呼吸可进一步影响静脉血回流，易诱发心脏停搏。因此，麻醉诱导时要准备紧急开胸，并在切开胸膜前不行间歇正压呼吸。病情危急，神志不清者，可不用麻醉或采用局部麻醉。

4.体位和切口 取平卧位，受伤侧抬高30°。广泛消毒前胸皮肤。切口的选择根据穿透伤的路径与伤情，须能良好显露心脏伤口。最常采用的切口为左胸前外切口，经第四肋间进胸，必要时可切断第四、五肋软骨，以增加显露。创伤进口在右侧者，则于右侧采用前外切口。如一侧显露不佳，可延伸切口，至对侧横断胸骨，并结扎胸廓内血管。疑有心包内大血管损伤者，宜做正中切口。前述的剑突下心包开

窗术除用于诊断和急救外，亦可在拟定手术时先实施，待发现有血心包，再延长切口，做胸骨下右劈开。5.心脏修补术在心包压塞时，心包张力极高，一旦切开减压，血液涌出，患者即可有血流动力学上的改善，应迅速补充血容量。扩大心包切口，清除血块。显露心脏口，用手指按压暂止血，然后即可进行修补缝合。心房伤口多数可用无创钳钳夹止血。大的心脏裂口，在缝合时可能再次引起失血，应迅速补充血容量。稳定循环，以便有充裕的时间进行伤口修补。修补方法很多，据具体情况选择采用。（1）手指按合订本裂口后，即以1-0或2-0的Prolene线穿过指尖处裂口的全层心肌，但不穿透心内膜层，手指稍向下移，显露裂口上端，助手立即结扎缝线，使裂口对合，恰好止血而不撕裂心肌为宜。如此逐步间断缝合，按压的手指逐渐移开，直至整个裂口关闭为止。（2）手指按住裂口后，在裂口两侧用牵引缝线，将此牵引线交叉牵拉止血，再在直视下间断缝合裂口。而牵引缝线可予抽除或轻轻互相结扎。（3）心肌裂口较大时，用手指堵塞裂口暂止血。先在裂口周围做一荷包缝合。逐步退出手指，轻轻收拢缝线结扎，关闭和缩小裂口，然后再轻按裂口表面止血。按上述方法在指尖外边缝合边后移，直至全部缝合为止。裂口靠近冠状动脉时，可采用心包片或涤纶片衬垫作褥式缝合，将缝线针从冠状动脉下穿过心肌，缝合裂口，避免损伤冠状动脉。（4）心肌裂口过大，难以直接缝合，可用心包或带蒂肌肉填补，再做褥式缝合；或阻断上下腔静脉回血60~90s，在心脏充盈血量减少时，速放置缝线，于再次阻断时结扎缝线。最妥善方法是立刻建立体外循环进行修补。在左胸切口的病例，可在右心室流出道或肺动脉插入静

脉回流管，于降主动脉或股动脉插入动脉供血管。心肌裂口用涤纶织片修补缝合。（5）冠状动脉的裂伤用6-0 Prolene线直接修补。如因断裂而结扎后，远端血液供应受到障碍，心肌色泽变白，须采用大隐静脉或胸廓内动脉作主动脉冠状动脉旁路搭桥术。（6）心脏后壁如疑有伤口，应广泛切开心包，以手撑轻轻翻起心脏，显示后壁，寻找裂口，给予修补。在缺氧、酸血症、低血容量状态下，移动心脏极易引起心律失常和心脏停搏，应特别注意。心房后壁伤口，由于技术原因，不易直接缝合，可以用堵塞止血法。（7）心房的裂口，用无创伤血管钳钳夹后，再予以缝合。一般用4-0或3-0丝线作间断缝合或连续缝合。（8）如果打开心包时，发生心脏停跳，应立即心脏按摩，胸腔内注射1 1000肾上腺素2~3ml，同时将左肺向前牵开，显露降主动脉，并将降主动脉阻断，以利于冠状动脉和脑部的血液供应。尽快修补伤口，待心脏复跳有力时，逐渐将降主动脉阻断钳开放，注意勿损伤食管。（9）腔静脉的损伤，多数可以切线位钳夹止血并缝合。如不能直接缝合可以先经右心耳作内分流再缝合修补。（10）心内结构的修复：心壁伤口修复后常规触摸心壁，发现震颤是心内结构损伤的标志。可能为房、室间隔的穿孔或心脏瓣膜的破坏。除非心内结构的破坏直接影响病人的存活，应即刻修补外，一般情况下暂不修复。待术后病人情况稳定后，经超声心动图，心导管或造影检查确诊后再修复。对于没有血流动力学意义的心内结构破坏可不予修复。无论急诊修复或二次手术修复，一般都应在体外循环下进行直视手术。（11）心脏异物的摘取：摘取心脏异物的成败，除必须准确定位外，尚取决于手术中操作的技巧。由于心脏是运

动的器官，金属异物如子弹可存留于心肌内或心腔内，随血流推动移位，有造成肺动脉或体循环梗塞的危险。在手术中又可因操作而变动位置，应根据异物的种类、大小、位置，采取不同的方法摘除。如钳夹异物露于心外部分而取出；暂阻断心肌的血运，切开心壁取出；用一手指在心腔内顶住异物，自心壁切开，钳夹取出异物。或在体外循环下摘除异物，总之，摘除心脏异物须警惕异物移位，切忌操作过多。乱摸乱捏，使异物移位，增加摘除困难。修补伤口时，应仔细检查有无遗漏伤口，探查有无房间隔损伤。彻底清洗心包腔，心包疏松缝合，开窗引流，以防再次心包压塞。术后常规给予破伤风抗血清，抗生素以防感染，严密监测血压、心率与中心静脉压，补血补液扩充容量。术后还应随诊。以防出现损伤并发症，如创伤室壁瘤，冠状动脉瘘或冠状动脉瘤，以及缩窄性心包炎等。

特别推荐：[#0000ff>2011年临床执业医师考试报名时间](#) [#0000ff>网上报名须知](#) [#0000ff>2011年临床执业医师考试大纲](#) 更多信息请访问：[#0000ff>2011年临床执业医师考试网校辅导](#) 相关链接：[#0000ff>2011年临床执业医师辅导：颅骨骨膜窦汇总](#) [#0000ff>2011年临床执业医师考试：母乳性黄疸汇总](#) 欢迎进入 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