

2011年临床执业医师外科学辅导：钝性心脏损伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/655/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_655074.htm

钝性心脏损伤类型：心包损伤、心肌挫伤、心脏破裂、创伤性心内间隔缺损、瓣膜损伤、冠状动脉损伤、创伤性室壁瘤。心脏钝性闭合伤约占胸部伤的10%~25%。但由于常对其缺乏警惕、轻者表现不明显、或被其他损伤所掩盖而致漏诊，有人认为其发生率可能占钝性胸部伤的50%以上，受伤机制有

直接作用：一定强度的单向力量直接作用于心前区造成损伤，或可伴之胸骨和肋骨骨折的刺伤。

间接作用：腹部遭受突然挤压，大量血液骤然涌入心脏和大血管，腔内压力剧增，引起破裂性损伤。

减速作用：高速运动的人体突受减速，因惯性作用，心脏可冲撞于前胸壁或脊柱上，或因不等同的减速而使心脏发生扭转，引起损伤。

挤压作用：心脏被挤压于坚硬的胸骨与脊柱之间而受伤。

爆震作用：冲击波直接作用于心脏所致损伤。临床上，心脏闭合伤常为几种因素联合作用所致。大多数为交通事故伤引起。心脏钝性伤可引起不同程度和类型的损伤，包括心包损伤，挫伤或破裂。单纯心包破裂很少见，一般合并于心脏其他部位损伤。

心肌挫伤，从小片心外膜或内膜下出血淤斑（心肌震荡），直至全层心肌的撕裂、出血、水肿和坏死等。

心脏破裂：大多数发生在受伤即刻，引起大出血或心包填塞；极少数为伤后数日或数周后由于心肌挫伤区的软化、坏死而发生延迟性破裂，在病情相对平稳后突发严重胸痛和心包填塞。

创伤性心内间隔缺损：多为室间隔破裂，发生机制类似于心室破裂，在舒张末期和收

缩早期心腔充盈和瓣膜均关闭时突受暴力使心脏压力骤升而引起的间隔撕裂，或断之心肌挫伤后的软化坏死所致延迟性穿孔。瓣膜损伤：以主动脉瓣最多，撕裂或穿孔，其次为二尖瓣，常为腱索或乳头肌断裂。原有心脏疾病者，如主动脉瓣二瓣化或马凡氏综合征等，更易遭受损伤。冠状动脉损伤：多为左冠前降支裂伤。创伤性室壁瘤：为心肌挫伤后坏死或冠状动脉阻塞引起的真性室壁瘤。心脏闭合伤常有合并伤，如胸骨和肋骨骨折及血气胸等。心脏破裂和冠状动脉破裂病人常迅速死亡，仅极少数有幸能送到医院得到诊断。少见的创伤性室间隔破裂和瓣膜损伤，若不因其他严重合并伤而死亡，病人有机会送到医院进一步确诊后在体外循环下行心脏直视手术。心肌挫伤病人大多数表现为心绞痛和心律紊乱。心绞痛可伴呼吸困难或休克，常不为扩冠药物所缓解。心律紊乱多为心动过速、期前收缩和阵发性房颤。单纯心肌挫伤很少阳性体征，心电图检查诊断价值较大，表现为ST段抬高和T波倒置低平。血清磷酸肌酸激酶同工酶CPK-MB和乳酸脱氢酶同工酶LDH1和LDH2有诊断价值。心肌挫伤的治疗在于对症处理，控制心律紊乱和防治心力衰竭，并观察有无室壁瘤发生。小编推荐：[#0000ff>2011年外科学辅导：反孟氏骨折](#) [#0000ff>2011年外科学辅导：孟氏骨折](#) [#0000ff>2011年临床执业医师综合笔记各科目试题汇总](#) 特别推荐：[#ff0000>2011年临床执业医师考试大纲](#) [#0000ff>考试时间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