

· 短篇 · 个案 ·

B 超在外伤性腹膜后血肿诊治中的价值

何志安, 赖江琼, 刘国安, 刘晓华

[关键词] 创伤; 腹膜后血肿; B 超
中图分类号: R445.1 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)02-0159-02

2005 年 3 月至 2009 年 3 月在我院确诊并经 B 超检查和随访的 46 例腹膜后血肿患者的临床资料进行回顾性分析, 并对 B 超在外伤性腹膜后血肿诊治过程中应用价值进行探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 46 例, 男 36 例, 女 10 例, 年龄 21 ~ 65 岁。创伤原因: 交通伤 25 例, 高空坠落伤 13 例, 压砸伤 5 例, 挤压伤 3 例。入院时有腹膜炎体征 18 例, 休克 38 例, 腹腔穿刺抽出不凝血性液体 33 例。合并伤: 肝破裂 4 例, 脾破裂 7 例, 肠破裂 4 例, 胰腺挫伤 2 例, 肾挫裂伤 6 例, 骨盆骨折 15 例。

1.2 检查方法 采用 LOGIQ100 便携式超声诊断仪, 探查频率 3.5MHz, 如患者无体位受限可采取仰卧位、侧卧位和俯卧位多种体位扫查, 重点观察双肾周、腰肌、腹主动脉周围及盆腔。

1.3 血肿分型方法 按文献[1]分型法将腹膜后血肿分为 3 型。①中央型: 血肿位于中部, 上达横膈, 下至骨盆上缘, 侧方到腰肌内缘。②肋腹型: 血肿位于腰肌和直肠的侧方, 髂嵴上方和膈肌下方。③盆腔型: 血肿局限于盆腔内, 侧方不超过髂嵴。

2 结果

本组 46 例中, B 超检查诊断腹膜后血肿 26 例, 经 CT 检查确诊后行床头 B 超再查诊断腹膜后血肿 4 例, 探不清或漏诊 16 例, 诊断准确性率 65. 2% (30/46)。根据 B 超对血肿的分型不同, 外科对腹膜后血肿的处理方式明显不同, 见表 1。

表 1 B 超对腹膜后血肿的分型及外科处理(例)

分型	例数	手术探查	保守治疗
中央型	8	8	0
肋腹型	8	3	5
盆腔型	14	3	11
合计	30	14	16

3 讨论

3.1 外伤性腹膜后血肿的超声表现 腹膜后血肿常发生在双肾周、腰肌、腹主动脉周围及盆腔, 其声像图表现为: ①后腹膜与脊柱、肌肉层分离, 其间出现无回声或低回声区。②出血量较小时, 血肿大多范围局限, 呈上下径大于前后径的扁椭圆形; 出血量较大时, 可见腹膜后大面积分离, 甚至可延伸至侧腹壁。③血肿的大小、形态及内部回声可随病程出现相应变化。④与血肿毗邻的脏器出现受挤压征象^[2]。

3.2 腹膜后血肿的分型为外科处理提供参考 不同类型的腹膜后血肿, 处理方式不同。本组病例提示: 中央型的腹膜后血肿不论大小, 是否稳定, 破裂与否, 均应探查, 以发现隐蔽的腹膜后十二指肠段、胰腺和大血管的损伤; 肋腹型的腹膜后血肿多系肾损伤所致, 若血肿不大, 血流动力学稳定多可作保守治疗; 盆腔型腹膜后血肿多来自骨盆骨折断面, 骶部静脉丛或附近软组织的出血, 若不合并膀胱、直肠损伤, 应尽量避免探查。另外, B 超应根据病情需要多次复查, 密切观察失血速度和血肿大小变化判定是否扩展性血肿对把握手术时间十分必要^[3]。

3.3 B 超用于腹膜后血肿检查的优势和不足 B 超作为有价值的临床辅助检查手段, 近年来广泛应用于急腹症的诊断^[4]。它能准确显示腹膜后血肿部位及大小, 且探头可随机变换扫查部位及方向, 尤其对于病情危重, 不能搬动的患者。B 超以其简便, 可重复检查的优点, 已成为外科医生诊断和观察腹膜后血肿变化的首选。但是 B 超因受操作人员的素质和 B 超设备性能的影响较大, 再加上肠腔气体的干扰或血肿较小, 对腹膜后血肿的诊断准确率还有待提高。有资料报道, B 超联合 CT 对外伤性腹膜后血肿的诊断率可达 100%^[5]。作者认为对腹膜后血肿的患者 B 超应多次复查, 必要时可联合 CT 检查, 以提高腹膜后血肿的诊断率。

【参考文献】

- [1] Henao F, Alcorete S. Retroperitoneal hematoma of traumatic origin [J]. Surg Gynecol Obstet, 1985, 161(1): 106-107.
- [2] 贾译清, 姜玉新. 临床超声鉴别诊断学[M]. 2 版, 南京: 江苏科学技术出版社, 2007: 764-765.
- [3] 张有成, 宋爱琳. 创伤性盆腔型腹膜后血肿 39 例的诊治[J].

中国普通外科杂志, 2001, 16(12): 734.

- [4] 刘红雨. B 超对急腹症的诊断 (附 107 例报告) [J]. 南华大学学报 (医学版), 2004, 32(4): 515-516.
- [5] 康德新, 栾文勃. CT、B 超联合诊断外伤性单纯性腹膜后血肿 62 例分析[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(1): 75.

(收稿日期: 2009-06-24; 修回日期: 2009-09-15)

(本文编辑: 黄攸生)

胆道系统恶性肿瘤临床路径管理

王玲玲¹, 周 娜², 徐 青¹

【关键词】 胆道肿瘤; 胆道系统; 临床路径; 管理

中图分类号: R735.8 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)02-0160-01

对胆道系统恶性肿瘤疾病患者进行临床路径管理, 提高了医护质量, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年 10 月至 2009 年 9 月某院诊断为胆道系统恶性肿瘤患者, 分为观察组 100 例, 其中男 76 例, 女 24 例, 平均年龄 (58 ± 10) 岁; 对照组 100 例, 男 81 例, 女 19 例, 平均年龄 (58 ± 12) 岁。两组均拟行外科手术治疗, 且均无心脏病、高血压、糖尿病等疾病。两组性别、年龄、手术方式比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 研究方法 参考美国东南外科协会在 1997 年制定的临床路径表, 定出适合医院实际的临床路径表 (包括诊疗护理流程); 观察组按临床路径进行管理, 对照组按常规方法进行。评价指标: 平均住院日、平均医疗费用、医疗照护品质等。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 11.0 统计软件数据处理, 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组主要数据比较用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床路径管理对平均住院日、平均住院费用的影响 见表 1。

2.2 临床路径管理对医疗照护品质的影响 观察组与对照组均全部治愈; 观察组出现 1 例并发症, 对照组为 4 例; 观察组术后首次功能锻炼时间为 (9.26 ± 1.50) h, 对照组为 (12.56 ± 2.50) h, $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者的平均住院日、住院费用比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均住院日 (d)	平均住院费用 (元)
观察组	100	$19.32 \pm 1.24^*$	$25\,330.45 \pm 2266.56^*$
对照组	100	24.78 ± 4.21	$29\,678.13 \pm 3453.78$

注: 与对照组比较, $^*P < 0.01$

3 讨论

临床路径 (clinical pathway, CP) 是 20 世纪 80 年代以后在美国逐步发展起来的一种医疗质量管理模式, 目前在国外已得到广泛应用。它是由医院内的一组成员 (该组成员包括医师、临床医学专家、护士及医院管理者等), 根据某种疾病或手术制定的一种医护人员共同认可的医疗护理服务模式^[1-2]。本组资料表明: 对胆道系统恶性肿瘤患者实施临床路径之管理方法, 缩短了住院日、降低了住院费用、提高了医疗照护品质。

医疗质量是医院的生命, 是医院管理永恒不变的主题^[3]。临床路径的开发、实施、持续改进、监测和评价这一循环过程是持续品质改善的具体体现, 是医疗质量持续发展的能力体现, 将为医疗质量的可持续发展提供新的的方法与途径。

【参考文献】

- [1] 潘克勤, 尤桂凤. 临床路径的应用现状 [J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(1): 2-4.
- [2] 洪 军, 都艳会, 盖学良. 循证医学与循证护理 [J]. 国外医学护理学分册, 2004, 23(1): 43-48.
- [3] 裴学荣. 加强医疗质量建设的做法与实践 [J]. 东南国防医药, 2009, 11(5): 461-462.

(收稿日期: 2010-01-26)

(本文编辑: 潘雪飞)

作者单位: 1. 210002 江苏南京, 南京军区南京总医院医务部; 2. 200081 上海, 解放军 411 医院采购办