创伤后肾功能衰竭

刘士怡 许纯效 马庆铮 曹铭溪 杨心良

(省人民医院泌尿科)

杜凤田 马杰 林瑞存 (省人民医院内科)

刘明林 徐敬才

孙秀英 李本桂 倪月春 (省人民医院中医科) (省人民医院人工肾室)

内容提要 本文介绍创伤后肾衰的救治体会,指出创伤后尽早补充血容量和校正体 克是减少创伤后肾衰的重要因素。並介绍了提高治愈率减少死亡的措施。

创伤后急性肾功能衰竭是一种病死率 较高的疾患,不论是战伤或其它创伤后引 起的肾衰,其死亡率均在35-71%,一般 为50%。据国内最近报导,治疗效果有明 显进步。我院从1975年1月的三年余,共 救治各种创伤后发生肾衰者28例, 现简要 报导如下:

28例中男22例, 女 6 例, 年令由13一 66岁, 21-50岁占20例。因塌方埋压伤21 例,交通事故 4 例,爆炸伤 2 例,高处坠 落伤1例。

28例的损伤范围都有两条肢体或更多 的软组织受挤压伤, 伤后均有休克状态, 其中 8 例有明显的失血性休克病史; 13例 合并四肢、脊柱或肋骨骨折, 1 例合并减 瘫; 5 例合并腹部闭合性损伤,均经手术 证实有肝、脾、肾、胰腺、十二指肠、横 结肠等单个或多个内脏损伤; 合并肺挫伤 4例;合并有叶肺不张和脑挫伤各1例。

1 例系汽车撞伤多发性骨折, 伤后 4 小时入我院骨科抢救,病人于伤后尿少至 第五天尿闭转我组治疗,有1例系去外院 救治,其余26例于伤后3-11天由外院转 来。

有 2 例 属 非 尿少型急性肾衰, 另26 例均有少尿或无尿期, 但入院时已进入多 尿早期者 4 例,入院时仍在无尿或尿少期 者22例。本组忠者入院时均有因肾衰而引 起的水、电解质、代谢紊乱及轻重不等的 水潴留、非蛋白氮升高由100-280mg%。 入院时呈急性肺水肿者10例,高血钾症13 例; 急性弥散性血管内凝 血(DIC) 者 8 例; 6 例同时有高血钾、肺水肿及 DIC 占。

治疗措施归纳为 以下三个环节:

- (1) 积极治疗原发创伤和由原 发 伤 引 起的休克、感染等。(2)尽早校正因创 伤和肾衰引起的水、电解质和代谢紊乱。
- (3)严格饮食管理、增加营养、加强护 理及积极的支持疗法; 密切观察和防止出 血、感染、呼吸和循环衰竭等并发症, 勿 使肾脏和全身情况恶化。28例中16例按以 上原则并应用中医中药、活血烫洗以及推 拿按摩理疗等措施,列为中西医结合治疗 组(甲组),16例中12例治愈,4例死 亡; 另12例单纯西医治疗, 列为 对 照 组 (乙组),其中8例治愈,1例伤后已半 年余, 肾功能仍不恢复需血液透析等待肾

移植治疗列为好转, 3 例死亡。死亡共 7 例: 因高血钾肺水肿 死亡 3 例, 因 败 血症、循环衰竭、呼吸衰竭与 肠 吻 合口崩裂、腹膜炎再度休克死亡各 1 例。

体 会

一、减少创伤后肾衰的发病率: 我院 三年来收治28例,根据创伤后肾衰的发病 机理,我们认为最重要的因素是创伤性休 克,有效血容量不足和各种原因引起肾血 流量降低,肾血管痉挛,引起肾小管缺血 缺氧,发生肾小管变性坏死,导致尿少尿 闭, 所以在抢救严重创伤病员时, 必需立 即输入全血、血浆和平衡电解质溶液,迅 速扩充血容量;要正确应用血管活性药 物,警惕不要滥用去甲肾上腺素等血管收 缩药物,防止肾血管长时期处于痉挛收缩 状态、加重肾脏缺血缺氧、促使肾小管遭 受严重损害, 总之要尽快补充血容量, 校 正休克。此外,输入碱性药物使尿液碱 化,便于变性的血红蛋白等由肾脏排出; 在校正休克及血容量不足以后, 应根据病 情参考中心静脉压、尿量等指导输入液体 的质、量和速度;渗透性或袢利尿剂如甘 露醇、速尿等,可用作利尿剂疏通肾小管 防止堵塞、增加肾血流量减少肾衰发生, 但诱发性利尿有可能引起血容量减少,尤 其在创伤后早期有血容量不足时,应用诱 发性利尿能使血容量和肾血流量进一步减 少而加重肾脏的损害。根据我院救治严重 伤员和防止重大手术后发生肾衰的体会, 以上措施简便易行, 若能认真做到确能减 少肾衰的发生率。

二、如何进一步提高治愈率:本组的 死亡率为25%,我们认为若能根据创伤后 肾衰的发病机制和病理生理变化,在救治 每例伤员时,就具体病情对原发伤、肾 衰、防治并发症等各个环节做全面考虑, 针对易发生死亡的几个环节,密切观察病 情变化,精心治疗,死亡率可进一步降低。这类病员的病情复杂、转化迅速,如 果在某个环节疏忽均能招致严重后果甚至 死亡;我们要在复杂多变的病情中,解决 影响全局的主要矛盾,并逐个解决处理好 其它各环节。

1.对原发伤的救治:对原发伤的救治 必需迅速妥善,尤其对合并闭合性腹内脏 器损伤,开放性骨折等,若因病情不允许 而处理欠缺时,在转院时必需交接清楚, 便于病情稳定后再次剖腹处理;例24因腹 内创伤处理不妥,虽肾衰已获初步恢复, 但由于肠吻合口裂开再度休克,肾功恶化 迅速死亡。

对严重肿胀的伤肢切开与否, 争论较 多,我们根据肢体远端动脉搏动情况,指 趾端感觉、运动、毛细血管反应以及皮肤 颜色、温度等综合判断, 因肿胀影响血运 应做广泛切开减压,改善血运保存肢体。 我们反对预防性切开减压, 推荐 动静结 合、抬高肢体、按经络部位对伤肢施行推 拿按摩、中药活血烫洗以促进肢体局部的 血液循环, 并进行早期功能训练, 初步取 得满意的效果。相反,没有指征而做广泛 切开减压, 伤口愈合迟缓, 容易 招 致 感 染, 反而影响肢体早期功能锻练, 效果并 不理想。对严重外伤后皮肤、软组织挫灭 严重、失去活力或创伤局部合并感染,则 必需彻底清创、切除坏死组织、引流积血 积液防止感染败血症,对肢体创伤或感染 严重非截肢不能控制时, 就必需果断地施 行截肢术。

2. 对肾衰的处理:除强调严格管理饮食与输液外,要防止高钾与急性肺水肿的 发生,透析疗法是处理肾衰后水、盐及代

谢紊乱的有效措施,我们认为创伤后一旦 发生肾衰, 在 短时 间内 肾功能就不可能 恢复, 伤员的水、盐及代谢紊乱必然逐日 加重,所以确诊后病人情况允许就应放宽 指征及早透析, 防止因高钾或急性肺水肿 而猝死。 对腹膜透析的指征更应放宽, 我 们不同意消极等待高钾、氮质血症、水过 剩等达一定指标时再作透析,由于这类伤 员的病情多变,加上检验方面的误差,若 观察不及时极易延误救治机会; 本组就有 3 例延误透析不幸死于高钾肺水肿。血液 透析效果显著,但限于设备不易普及;腹 膜透析具有方法和设备简易、效果可靠、 指征比较宽阔的优点, 虽然透析效果不如 血液透析,但却能在基层医院就地早期施 行透析, 这对防止高血钾肺水肿而致突然 死亡有肯定效果; 我们有三例病情严重伤 后早期即显示高血钾, 当时因伤员多, 血 透条件不能满足,但由于早期应用腹膜透 析治疗赢得了时间,以后结合应用血液透 并,最终都获得了治愈。

3.早期察觉和防治并发症:这类伤员 均有轻重不等的心、肺、肝、血液及神经 系统的机能损害,施行血透和肢体的动静 脉外瘘增加了回心血量加重了心脏负担; 血透增加血球破坏和感染机会。救治这类 伤员时必需给以积极的支持疗法,如保证 维生素及高热量饮食,反复多次输入新鲜 血液或血浆等,促使原发伤和肾机能早日 恢复,同时要做好呼吸循环系统机能平早 便于早期察觉呼吸、循环系统机能不足并 及时纠正。本组有6例在治疗过程中发生 心衰,5例能及时察觉经关闭动静脉短路 及强心药物治疗后获得痊愈,另1例由于 疏忽麻痹未能及时察觉因心衰而死亡。

三、中西医结合治疗的优点: 由表一 所示两组病例的例数及伤情相仿, 在治疗 上甲组加用温肾补脾、活血化淤、解毒利 尿的中药, 并对伤肢按经络位置施行推拿 按摩, 用活血化淤的中药对伤肢进行活血 烫洗、抬高患肢、早期功能训练等。经络 部位符合肢体的静脉与淋巴管主 干 集 结 处,向心性的推拿按摩可促使静脉血液与 淋巴液的回流, 改善患肢血液循环, 从而 更有利于患肢的恢复; 中药温肾补脾、活 血化淤有利于原发伤及肾功能的 早期 恢 复: 虽然两小组的治愈 及 死 亡数差异不 大, 但中西医结合组的尿少或无尿期平均 为10天, 较对照组短3.5天; 施行血 液 透 析次数平均为5次, 较对照组减少12次 (不包括需依靠血透等待肾移植病例): 11例推拿按摩治疗的伤肢平均20天恢复和 离床活动,而4例切开减压的患肢平均40 天伤口愈合, 相比之下, 我们考虑中西医 结合治疗似乎有促进原发伤及肾功能早日 恢复和缩短疗程的功效; 但例数太少需继 续临床实践以证实。

附:内服中药处方

表一 两组病情及疗效对照表

		甲 组 (中西医结合治疗)	乙 组 (单纯西医治疗)
-,	病例数	16	1.2
=,	病情		
	已进入多尿期	4	2
	平均伤后转入时间	7.1天	5.4次
	入院时合并高钾例数	9	4
	入院时合并肺水肿例数	5	5
	入院时合并DIC例数	6	2
	治疗过程中发生心衰例数	4	2
Ξ,	伤肢治疗情况		
	切开减压	1	3
	中药烫洗推拿按摩	11	0
四、	治疗效果		
	治愈	12	8
	死亡	4	3
	好转	0	1
	治愈病例的平均尿少期	10天	13.5天
	治愈病例的平均血透次数	5 天	17.6次*
	治愈病例的伤肢	11例推拿烫洗平均20	4 例(包括甲组1例)切
		天治愈下床活动	开减压平均40天治愈

^{*}不包括好转、血透92次的病例后的平均数

参考文献

- 1.浙江医科大学编 急性肾功能衰竭
- 2.北医附属一院泌尿科 地震时期挤压综合征处理中的几个问题 中华外科杂志 15:(3)168 1977
- 3. 于惠元 挤压性肾功能衰竭综合征 中华外科杂志15(2)80 1977
- 4.天津市第一中心医院内科:中西医结合治疗急性肾功能衰竭 内部资料 1977年
- 5. Danielson R.A. Surg. Clin. of North Am. 55:697 1975
- 6. Lucas. C. E. Surg. Clin. of North Am. 56:953 1976
- 7. Matas M.D. et al Ann of Surg 185:301 1977