

# 腹部鈍傷合併十二指腸及小腸完全橫斷裂之個案分享

文/外傷科 李祥麟主任、外科部 賀業宏醫師

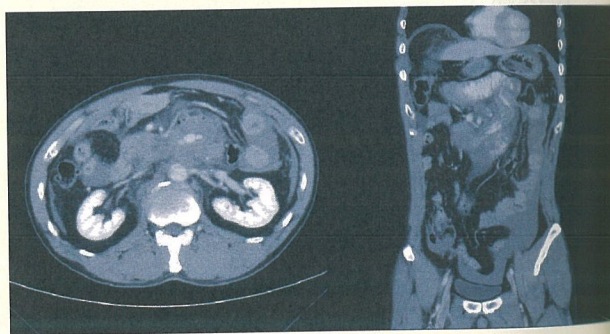
## 病史

病患個案為49歲男性，於民國99年3月12日於工地工作時，不慎自約5米高處墜落。於墜落途中，腹部遭受電纜線撞擊。因為腹部劇烈疼痛，由救護人員送至本院急診。到院時生命跡象為血壓:124/78 mmHg，心跳每分鐘64下，意識清楚。因腹部鈍傷，疑似腹腔內出血。安排抽血，X光及腹部超音波檢查。超音波檢查顯示有腹腔內液體沉積，高度懷疑腹腔內出血，為求進一步確定診斷，立即安排腹部電腦斷層檢查。電腦斷層檢查結果得知腹腔內有疑似動脈血管斷裂出血及腸道中空器官破裂的跡象。

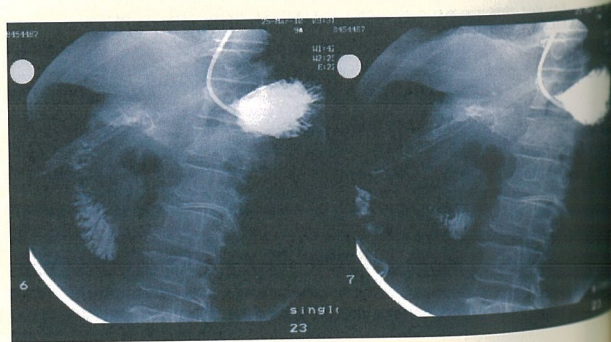
急診外科醫師立即啟動外傷小組，照會外傷科進行處置。此時，病患血壓已開始下降至78/42mmHg，經給予適當輸液後(紅血球2單位及血漿4單位)，血壓回復至107/57 mmHg。經外傷科照會評估後，因病患生命跡象不穩定，立即安排剖腹探查手術及加護病房治療。手術發現病患上腸系膜動脈第一分支完全斷裂，十二指腸第三部分將近90%橫斷及其下端30公分處小腸完全斷裂。腹腔內出血將近6000毫升，此時病患因大量出血合併體液過酸，體溫過低併發凝血功能障礙，緊急將腸道切除併將斷裂血管結紮後，施行Damage control surgery(傷害控制手術)。

將病患送回加護病房矯正因大量出血合併體液過酸，體溫過低併發凝血功能障礙的問題，隔日凝血功能障礙已改善，於是再進入開刀房施行空腸及十二指腸吻合繞道手術。術後再送回加護病房做後續治療。於術後第二天移除氣管內管，術後第三日轉至普通病房，術後第十日安排上消化道攝影檢查，確認吻合處無滲漏及狹窄阻塞的問題，隔日開始喝水及逐步漸進式的進食，於術後第23日順利出院。出院後門診追蹤至今，病患傷口復原良好，進食方面也十分穩定。

(圖一、圖二) 2010-03-12手術前電腦斷層



(圖三、圖四) 術後第十日上消化道攝影檢查



合併體  
疑的問  
再進入  
手術。  
術後第  
普通病  
查，確  
隔日開  
第23日  
患傷口

新層



檢查



討論

腹部鈍傷合併十二指腸橫斷的案例十分少見，而因腹部鈍傷合併同時有二處腸道斷裂者更是少見並且具有高度的生命危險性。依受傷部位的處置方式各有不同。本案例屬於重大外傷(ISS:17)，於急診現場立即啟動外傷小組介入處理，橫向結合外傷科，急診科，加護病房，麻醉科，開刀房，護理部，呼吸治療師及社工師共同處理，使病患能在最短時間內獲得最妥善的處置。術後經外傷個案管理師追蹤，復原良好，對於本院外傷治療團隊有相當高的滿意度。對於重大外傷病患處置端賴團隊治療合作無間，才能縮短橫向聯繫的時間。

在醫療上，多爭取一點時間，病患就多一分希望，本院重大外傷病患在院方支持下，由外傷科暨外傷小組主導，藉由多科團隊合作的模式，在照護品質及死亡率皆有明顯進步，由表格一即可看出有透過與外傷小組合作後本院的重大傷患死亡率逐年降低，擔任醫師多年，逐漸體認到醫師不是神，但是我們努力以這樣平凡，最虔誠救人的心，在每個生死關頭下，為了病人的健康與家人的企盼，貢獻出我們最大的力量，延續病人的生命，能力越大，責任越大，在這樣沉重背負生命的使命下，我們不可能只是一個

人完成這樣的任務，每次的治療都需要醫師同仁、護理同仁、技術員、醫檢師等等的所有人幫助，當然最重要的是病人的支持與信任，才是我們最大的支持來源，感謝所有從事外傷及急重症醫療工作夥伴的辛勞，有大家的奉獻與辛苦，才使本科可以不斷學習，不斷進步，期盼我們一起努力，取之於社會，還之與社會，每個病人的健康與康復的微笑，是我們最大的收穫與信念，將近中秋佳節，祝福每個人都能月圓人團圓。

表格一：中山醫學大學附設醫院重大外傷病患死亡率統計

(統計期間自97年1月到99年4月止)

年度	重大外傷病患人次	死亡人次	死亡率
97年 1~12月	99	30	30.3 %
98年 1~12月	135	35	25.9 %
99年 1~4月	49	4	8.1 %