

[文章编号] 1000-2200(2005)01-0039-02

·临床医学·

外伤性肝脏损伤 53 例诊断与治疗分析

张传海, 葛勇胜, 孔琦, 刘文斌

[摘要] 目的: 探讨外伤性肝脏损伤(肝损伤)的诊断及治疗方法的选择。方法: 对 53 例肝损伤相关资料进行回顾性分析。结果: 53 例肝损伤患者, I ~ II 级 46 例, III ~ IV 级 7 例。非手术治疗 16 例, 手术治疗 37 例。治愈 51 例, 病死 2 例。结论: 腹腔穿刺、B 超或 CT 检查对肝损伤有较好的诊断作用, 对血流动力学稳定的 I ~ II 级肝损伤患者可试行非手术治疗。明胶海绵填塞后缝合修补+腹腔引流为 I ~ III 级肝损伤的理想治疗方法, 选择性肝动脉结扎术及不规则性肝部分切除术可选用于 III ~ IV 级肝损伤患者。

[关键词] 肝/外科手术; 创伤和损伤; 诊断; 治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 657.3; R 641 [文献标识码] A

Diagnosis and treatment of hepatic injuries: A report of 53 cases

ZHANG Chuan-hai, GE Yong-sheng, KONG Qi, LIU Wen-bin

(Department of General Surgery, Anhui Provincial Hospital, Hefei 230001, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss how to diagnose hepatic injuries and determine the way of therapy. **Methods:** Clinical data from 53 patients with hepatic trauma were analyzed retrospectively. **Results:** Among 53 cases, grade I to II were 46 cases grade III to IV 7 cases. Sixteen cases were treated by nonoperative method, another 37 cases were operated. Out of all cases 51 were cured and 2 died.

Conclusions: Abdominocentesis B mode ultrasound or CT has a good diagnostic effect on liver damage. Nonoperative treatment could be used in hemodynamic steady patients. Suture after glutin sponge tamponade plus peritoneal cavity drainage were ideal therapeutic methods to grade I to III cases, while partial liver lobectomy and selective ligation of hepatic artery could be chosen for grade III to IV cases.

[Key words] liver/ surgery; wounds and injuries; diagnosis; treatment

外伤性肝脏损伤(肝损伤)在腹部外伤中是较常见的急性病症, 如何对其做出早期正确的诊断及给予及时有效的治疗是普外科医师面临的重要问题。现将我院 1996~2003 年诊治的 53 例肝损伤作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 31 例, 女 22 例; 年龄 4 ~ 57 岁。开放性损伤 6 例, 闭合性损伤 47 例。单纯性肝外伤 24 例, 合并伤 29 例(合并四肢骨折 4 例, 肋骨骨折 5 例, 皮肤挫裂伤 4 例, 脾挫伤 2 例, 肾挫伤 4 例, 颅脑损伤 2 例, 小肠破裂 2 例, 胰腺损伤 1 例)。

1.2 损伤原因及部位 车祸伤 34 例, 刀刺伤 6 例, 坠落伤 5 例, 撞击伤 8 例。肝左叶损伤 12 例, 肝右叶损伤 30 例, 尾状叶损伤 6 例, 左右叶交界伤 4 例, 左右叶联合伤 1 例。

1.3 损伤程度 根据伤情轻重, 肝损伤可分五级^[1]。I 级(轻度): 裂伤深 < 1 cm, 范围小, 含包膜

下小血肿; II 级(中度): 裂伤深 1 ~ 3 cm, 局限; III 级(重度): 裂伤深 > 3 cm, 范围广; IV 级(复杂伤): 肝叶离断毁损, 含中央大血肿; V 级(血管伤): 肝内和肝后大血管损伤。本组 I ~ II 级肝损伤 46 例(86.8%), III ~ IV 级肝损伤 7 例(13.2%), 无 V 级肝损伤。

1.4 诊断方法 本组行诊断性腹腔穿刺(腹穿) 38 例, 阳性 35 例(92.1%); 行 B 超检查 50 例, 阳性 48 例(阳性率 96.0%), 行 CT 检查 3 例, 阳性 3 例。

1.5 治疗方法 本组 16 例 I、II 级肝损伤, 入院时生命体征平稳, 经 B 超或 CT 检查均为挫裂伤或肝包膜下血肿且无明显内出血征象, 行非手术治疗。手术治疗 37 例, 手术方法为: (1)明胶海绵填塞后缝合修补加腹腔引流术 32 例, 均为 I ~ II 级肝损伤; (2)不规则性肝部分切除术 1 例, 为 IV 级肝损伤者; (3)选择性肝动脉结扎术 3 例, 为 II 级肝损伤者; (4)单用纱条填塞止血术 1 例, 为 IV 级肝损伤者。

2 结果

非手术治疗均治愈; 手术治疗治愈 35 例, 病死 2 例(均因多器官功能衰竭死亡)。本组治愈率为 96.2%, 病死率为 3.8%。

[收稿日期] 2004-04-21

[作者单位] 安徽省立医院 普外科, 安徽 合肥 230001

[作者简介] 张传海(1978-), 男, 安徽庐江县人, 硕士研究生, 住院医师。

3 讨论

3.1 肝损伤的诊断 根据外伤史、受伤部位、受伤方式、内出血及腹膜炎体征并结合腹穿、B超、CT等检查往往可对肝损伤做出正确诊断。腹穿对肝损伤的早期临床诊断有着重要意义,且简单、可靠性高,易于操作。但需要注意的是单次腹穿对诊断腹腔内出血的阳性率仅70%~80%^[2],因而当一次穿刺阴性时,应改变体位、部位、深度重复抽吸,以此提高阳性率。本组腹穿阳性率为92.1%,其中有3例患者经反复多次穿刺才获阳性诊断。B超对肝损伤的诊断具有简单、迅速、无损伤、定位诊断等优点,对临床高度怀疑有肝损伤,但无明显体征者(如肝包膜下血肿等)有重要价值。腹部CT检查对肝损伤的诊断有着较高的敏感性和特异性,可对肝损伤伤情及腹腔内出血有较全面的估计,并可动态观察肝损伤伤情变化及有无合并伤。尤其对某些早期肝包膜下出血,B超和腹腔穿刺易呈假阴性,而CT是证实诊断早期肝损伤、明确其他器官并发伤和监测出血变化情况最准确的方法^[3]。本组B超检查阳性率96%,CT检查3例均为阳性。

3.2 肝损伤的治疗 近年来对肝损伤一经诊断明确即行手术的观念已有所转变,一些经过认真选择的患者完全可以通过非手术方法治愈。一般认为具备以下指征者可试行非手术治疗:(1)血流动力学稳定,简单的肝实质撕裂或肝包膜下血肿,损伤分级为I~II级者;(2)腹腔内出血少于250 ml,无活动性出血者;(3)无其他内脏合并伤,无腹膜炎体征者可先行保守治疗^[4]。保守治疗的措施为抗感染、补液、止血等处理,并密切监测生命体征变化。本组16例I~II级患者行非手术治疗均治愈。

对于非手术治疗无效或病情严重无保守治疗指征者,应积极术前准备行手术治疗,手术治疗的目的是彻底止血、恰当清创、充分引流。手术方式应根据剖腹探查结果选择不同的术式:(1)明胶海绵填塞后缝合修补加腹腔引流术。适合于肝损伤分级为I~II级者。本组32例患者经此术均痊愈,且术后无并发症,其中2例为II级肝损伤者。我们的体会是:明胶海绵填塞于创面有止血及防止漏胆之功效,外加缝合修补可起到很好的压迫止血效果,术毕应常规

放置腹腔内引流(膈下、肝下及损伤部位下方),术后应注意保持引流管通畅。此法为轻、中度肝损伤的较理想术式。(2)不规则性肝部分切除术。对于较严重的肝损伤,如星芒状损伤、部分肝组织脱落和破碎等可行不规则性肝部分切除术,本组1例因同时有肝左右叶粉碎性破裂且伤情较复杂经肝不规则切除后治愈。(3)选择性肝动脉结扎术。对创面清创止血填塞缝合后仍有明显活动性出血或严重肝损伤血液动力学不稳定者,宜采用伤侧肝动脉结扎术(无肝硬化表现者)。本组3例II级肝损伤者行此法治疗,其中2例痊愈,1例因术后并发多器官功能衰竭死亡。(4)单用纱条填塞止血术。适用于肝碎裂伤无法缝合结扎、广泛肝损伤以及凝血机制差的患者。本组1例IV级肝损伤患者经此术治疗,但因全身多处合并伤、失血较多术后并发休克、多器官功能衰竭死亡。

在肝损伤的手术处理中需要注意的是:(1)术中对于肝断面的处理,尤其是III、IV级的肝损伤,创面大而深,应先清除失去活力的肝组织,将创面的血管和胆管一一结扎后才能缝合,否则易形成肝内血肿和胆瘘,对疑有肝内胆管损伤者应常规放置“T”管或术后行鼻胆管引流,以防术后感染或胆瘘。(2)对于肝右后叶损伤,手术的显露和处理较困难。术中为了充分显露肝脏,必须将右侧肝脏的周围韧带和粘连充分分离,以利显露,可将肝圆韧带、镰状韧带、右冠状韧带、右三角韧带、肝肾和肝结肠韧带完全切断,同时还要将肝裸区充分分离,直达下腔静脉,使右侧肝脏完全游离。如创伤较小而位于肝的下缘,可不必完全分离上述诸韧带,仅分离创伤周围的有关韧带和粘连组织即可。创面充分显露后,可按前述处理。

[参 考 文 献]

- [1] 张晓华,吴孟超.复杂肝外伤的处理[J].肝胆胰外科杂志,1991,3(1):1.
- [2] 黄志强.肝脏外科手术学[M].北京:人民军医出版社,1996:85.
- [3] Cywes S, Rode H, Millar AJ. Blunt liver trauma in children: Nonoperative management[J]. *J Pediatr Surg*, 1985, 20(1): 14~18.
- [4] 董家鸿.肝外伤治疗的现状[J].中华创伤杂志,2000,16(2): 71~72.