

肝外伤 31 例诊治分析

罗兴成

[摘要]目的:总结肝外伤的临床诊断和治疗经验。方法:对 31 例肝外伤患者的临床资料进行回顾分析,其中手术治疗 29 例,非手术治疗 2 例。结果:29 例患者腹腔穿刺阳性;1 例病死,30 例治愈。术后发生胆道出血 1 例,应激性溃疡 1 例,肝内脓肿 1 例,膈下感染 1 例,经保守和 B 超引导下穿刺引流治愈。结论:影像学检查与腹腔穿刺相结合是急诊肝外伤的重要诊断方法,根据肝外伤分型与分级决定采取手术或非手术治疗。

[关键词] 肝脏;损伤;诊断;治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 575

[文献标识码] A

Diagnosis and treatment of hepatic trauma: a report of 31 cases

LUO Xing-cheng

(Department of General Surgery Lu'an Municipal Hospital Lu'an Anhui 237000, China)

[Abstract] Objective: To summarize the experience in diagnosis and treatment of hepatic trauma. Methods: The data of 31 cases of liver trauma were analyzed retrospectively. Twenty-nine cases were managed by surgical therapy and 2 by non-surgical therapy. Results: Twenty-nine cases were immediately diagnosed by diagnostic peritoneal paracentesis. One died and 30 were cured. After the operation, hemobilia occurred in 1 case, stress ulcer in 1 case, liver abscess in 1 case and diaphragm infection in 1 case. Conclusions: Image examination combined with diagnostic peritoneal paracentesis are important means for diagnosis of hepatic trauma. The choice of therapy patterns depends on the type and stage of the hepatic trauma.

[Key words] liver; injuries; diagnosis; treatment

肝外伤是腹部外伤中较常见的严重损伤,其发生率在腹部器官伤中居第 3 位,约 15%~20%。一般肝外伤病死率达 31%,严重者达 58.4%^[1]。因此,如何及时正确地诊断并采取积极有效的治疗方法是抢救成功的关键。2005 年 1 月至 2010 年 11 月,我院共诊治肝外伤患者 31 例,现将救治体会作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 31 例,男 25 例,女 6 例;年龄 11~66 岁。车辆撞击伤 15 例,器械击打伤 7 例,跌伤 5 例,刀刺伤 3 例,墙体倒塌砸伤 1 例。31 例均有明确的外伤史,均经腹腔穿刺、B 超或 CT 检查明确诊断。入院时合并失血性休克 20 例,肋骨骨折 12 例(血气胸 6 例),右肾挫伤 4 例,胃肠损伤 2 例,颅脑损伤 2 例,脾破裂伤 1 例。

1.2 外伤分级 根据美国创伤外科学会(The American Association for the Surgery of Trauma, AAST)制定的分级标准进行分级:Ⅰ级 6 例(包括非

手术治疗 2 例),Ⅱ级 5 例,Ⅲ级 10 例,Ⅳ级 8 例,Ⅴ级 1 例,Ⅵ级 1 例。Ⅲ~Ⅵ级患者术前均伴有复合伤和血液动力学改变甚至休克。Ⅰ~Ⅱ级伴复合伤 1 例。

1.3 诊断方法 根据患者的外伤史、损伤部位及体格检查并结合 B 超和 CT 检查,初步诊断外伤性肝破裂。31 例均行腹腔穿刺,其中 29 例穿刺阳性,阳性率为 93.5%,无穿刺并发症发生。B 超检查 26 例中 24 例肝实质损伤伴腹腔积液;CT 检查 12 例均符合肝损伤诊断。

1.4 治疗方法 非手术治疗 2 例。剖腹探查 29 例,术中证实 9 例为轻度肝外伤(Ⅰ~Ⅱ级),其中 2 例肝组织无活动性出血,仅放置腹腔引流管,7 例行肝组织缝合修补;20 例为重度肝损伤(Ⅲ~Ⅵ级),其中 10 例行肝深部褥式缝合,8 例行肝创面填塞加缝合止血,2 例肝切除。

2 结果

本组 1 例死于广泛性脑挫裂伤、继发性脑干损伤、呼吸循环衰竭的复合伤,余 30 例均治愈。术后发生胆道出血 1 例,应激性溃疡 1 例,肝内脓肿 1 例,膈下感染 1 例,经保守和 B 超引导下穿刺引流

[收稿日期] 2010-12-08

[作者单位] 安徽省六安市立医院 普外科 237000

[作者简介] 罗兴成(1963-),男,副主任医师。

治愈。

3 讨论

肝外伤导致病死的首要原因是出血,故迅速有效地控制出血是救治复杂肝外伤患者的关键环节。对源于肝动脉或门静脉的出血,可采取暂时阻断入肝血流来控制;对疑是肝静脉或下腔静脉损伤的出血,可采用局部压迫、肝周填塞等方法止血^[2-3],充分扩容,待休克基本纠正并做好控制术中出血的准备之后再行处理。一旦出血得以控制,可进行包括去除失活肝组织、修复肝脏断面、处理其他腹内器官合并伤和充分的腹腔引流等操作。具体措施有:(1)单纯肝断面清创缝合、腹腔引流,常规在肝外伤处和肝下放置多条双腔引流管,并接负压闭式吸引,一般持续引流至少5~7天,视具体情况直至无渗液再拔出。本组轻度肝损伤9例,7例行单纯清创缝合,2例在探查时出血已停止,仅放置引流,术后仅引出少量血性液体;发生膈下感染1例,由于引流管引流堵塞,引流不畅所致。本组10例损伤创口深大,单纯缝合会留下死腔,止血不彻底时,于开腹后先用纱垫压迫,阻断肝门。彻底清除无活力肝组织及结扎断裂血管、胆管后,采用深部褥式缝合。(2)肝周填塞、缝合。对裂口较长且较深(>3 cm)的8例肝外伤,采用清创加大网膜或明胶海绵、止血纱布填塞缝合,达到完全止血的目的。术后发生胆道出血1例,是损伤断裂的血管、胆管缝扎不彻底,血液通过胆管进入十二指肠而出现黑便。经输液、输血及止血药物应用、抗感染等非手术治疗痊愈。(3)肝切除术。本组2例AAST III~IV级,广泛粉碎性肝损伤合并肝静脉主干损伤、大出血需行清创性肝切除同时止血,方法是先离断有关的肝周韧带,然后手握肝脏以指折技术离断失去活力的肝组织,切面缝合止血后予以敞开,或用大网膜覆盖,膈下及肝断面放置闭式负压引流。

肝外伤的治疗长期以来多遵循“确诊后即应手术探查”这一基本原则。传统观点认为肝外伤出血很难自行停止,常合并有胆漏及感染,遗漏腹部其他损伤可能。随着临床经验的积累,人们发现一部分肝外伤在剖腹探查时已停止出血,所发生的胆瘘、感

染等不良后果也没有想像的那么严重,随着影像技术的发展以及临床诊断技术的提高,发生漏诊的几率也大幅度下降。本组有2例剖腹探查时出血已经停止,支持上述观点。对于I级和II级肝外伤的患者,非手术治疗成功率>90%,多主张保守治疗。对于III级以上的肝外伤,虽有许多非手术治疗的成功报道,但需要谨慎对待^[4]。Velmahos等^[5]的前瞻性研究证实,对血流动力学稳定的患者,如果没有弥漫性腹膜炎体征,生命体征等一般情况稳定,均可考虑非手术治疗。关于肝外伤非手术治疗的临床适应证至今仍无统一标准。我们认为,具有以下条件可行非手术治疗及观察:(1)血液动力学稳定而无腹膜炎体征;(2)无腹腔内其他器官损伤;(3)具备严密观察和立即改行手术治疗的条件;(4)具有高质量B超和CT的动态监测。非手术治疗的具体措施:(1)绝对卧床休息,注意血压、脉搏的变化;(2)反复腹部体检,注意有无腹膜刺激征;(3)腹部动态B超、X线或CT检查以明确是否有其他器官损伤及继续出血存在;(4)实验室检查了解血红蛋白、红细胞、红细胞比容是否进行性下降;(5)输血并预防性应用抗生素。在观察期间若遇下列情况,应立即剖腹探查:(1)短时间内需大量输液、输血(800~1000 ml)后血压仍不稳定,脉搏增快,说明有较大血管损伤及继续出血,需急诊手术治疗。(2)动态B超或CT检查提示腹腔内积血量在1 h内增加>500 ml。(3)逐渐明显的腹膜炎体征。

[参 考 文 献]

- [1] 孙余省,方军,吴广宇,等.肝外伤98例诊治体会[J].浙江创伤外科,2004,9(4):266-267.
- [2] Asensio JA, Demetriades D, Chahwan S, et al. Approach to the management of complex hepatic injuries [J]. J Trauma, 2000, 48(1):66-69.
- [3] Sriussadaporn S, Pakart R, Tharavej C, et al. A multidisciplinary approach in the management of hepatic injuries [J]. Injury, 2002, 33(4):309-315.
- [4] 耿小平,赵义军.肝外伤的分级标准及处理原则[J].肝胆外科杂志,2009,17(6):409-410.
- [5] Velmahos GC, Toutouzas KG, Radin R. Nonoperative treatment of blunt injury to solid abdominal organs: a prospective study [J]. Arc Surg, 2003, 138(8):844-851.

(本文编辑 刘璐)

欢 迎 订 阅 欢 迎 投 稿
投稿网址 <http://xuebao.bbmc.edu.cn>