

闭合性肝损伤 42 例临床处理体会

祁以樵¹ 查文章²

(1, 盐城市建湖县冈西医院, 建湖, 224742; 2, 盐城市第一人民医院, 盐城, 224001)

关键词 肝损伤, 闭合性

中图分类号: R657.3+2 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)05-0403-02

我院普外科 1996 年 8 月~1998 年 8 月共收治闭合性肝损伤 42 例, 占同期腹部闭合性损伤的 13.4%(42/314)。现将处理体会介绍如下。

1 临床资料

本组男 30 例, 女 12 例; 年龄 7~61 岁。有合并伤 18 例, 伤及 3 个以上器官 6 例, 其中脾脏 4 例, 右肾 4 例, 结肠 2 例, 肠系膜血管 3 例, 胸部 5 例, 颅脑 2 例, 四肢骨折 6 例, 腹腔大血管 1 例。

42 例中有内出血表现 34 例, 休克 26 例, 有腹膜炎体征 29 例。42 例均行腹腔穿刺, 阳性 40 例, 其中 5 例行多次腹腔穿刺获阳性, 阴性 2 例, 经 B 超检查诊断肝包膜下血肿。受伤至手术治疗时间 1~48h, 均于伤后 24 h 内就诊。手术治疗 38 例, 非手术治疗 4 例。损伤位于后肝 25 例, 左肝 7 例, 左右肝均损伤 6 例。按 Moore 分类^[1]: I 度 6 例, II 度 18 例, III 度 8 例, IV 度 5 例, V 度 1 例; 腹腔内出血 300~4600ml。

手术方式: 单纯肝周引流 1 例, 单纯缝合修补 5 例, 明胶海绵/网膜填塞加缝合 24 例, 清创性肝切除 5 例, 纱布填塞压迫 2 例。

本组 42 例, 治愈 8 例, 死亡 4 例; 手术治疗 38 例, 死亡 3 例, 其中 1 例术中发现肝左右叶分界处碎裂, 下腔静脉、门静脉多处破裂, 出血凶猛未能控制, 术中死亡。1 例肝内血肿周期性胆道出血, 死于多器官功能衰竭(MOF), 1 例合并脑、右肾、结肠损伤术后 24h 死于急性肾功能衰竭(ARF)。保守治疗 4 例, 其中 1 例因患血友病死亡。

2 讨论

肝外伤的诊断一般并不困难。但是由于受伤部位的不同及合并伤的存在, 其临床表现差异很

大, 腹部体征不一定明显, 一些轻度或中度肝损伤患者, 尤其是受伤早期, 可不出现休克或腹膜刺激征。因此临床医师一定要对多发性损伤患者作全身系统检查, 要意识到可能存在的肝损伤。对可疑患者, 腹腔穿刺是重要的诊断措施。本组腹腔穿刺诊断率为 95%(40/42); 对腹腔穿刺阴性者可进行腹腔灌洗术, 以提高早期诊断率。

肝外伤的分度是选择手术方式的重要依据, 目前尚无一致公认的分度法。本文根据肝实质损伤的程度引用 Moore⁵ 度分类法: I 度: 肝包膜撕裂, 实质破裂 < 1cm; II 度: 肝实质破裂深度 1~3cm, 包膜下血肿 < 10cm, 或肝周围型贯穿伤; III 度: 肝实质破裂深度 > 3cm, 包膜下血肿 > 10cm, 或中央型贯穿伤; IV 度: 肝一叶组织损伤或巨大中央型血肿; V 度: 肝后下腔静脉损伤或广泛肝两叶损伤。

闭合性肝外伤是一种较严重的腹外伤, 治疗同样遵循处理腹部损伤的基本原则^[6]。尽管少数轻度肝外伤可选用非手术疗法治愈, 但对严重肝外伤, 一经确诊, 即需采取的紧急的手术治疗, 手术原则主要是确切止血, 清除失去生机的肝组织, 阻止胆汁外溢, 并提供通畅引流。

简单缝合或引流: 轻度浅表肝损伤的处理较简单, 手术探查时如果肝创面已无活动性出血, 特别是损伤表浅, Moore I 度, 仅做肝周引流即可。本组 1 例经肝周引流治愈; 手术时肝创面只有少量渗血, 无活动性出血, 肝实质损伤浅 Moore II 度, 则行单纯缝合或明胶海绵/网膜填塞后缝合, 本组 24 例均得到确切止血。

清创性肝切除术: 如剖腹探查时仍见大量活动性出血, 手术视野不清, 采用 Pachtter 主张的 pringle 氏法(术者控制肝蒂并压迫损伤的肝组织, 由助手作保守的切除性扩创)暂时阻断肝蒂, 扩大肝创口找到出血点加以缝扎, 并结扎胆管。本组 5 例运用此法, 止血效果满意。肝内血肿切开止

收稿日期: 1999-12-21

作者简介: 祁以樵(1948-), 男, 江苏建湖县人, 主治医师, 发表论著 6

篇。

血。网膜填塞缝合：闭合性肝损伤可以造成肝内组织的损伤和出血，而肝包膜或表浅组织保持完整，形成肝内血肿，都有不同程度的肝组织坏死，严重时可有实质的断裂或粉碎，需要切开血肿，大网膜嵌入对拢缝合，如不及时处理可导致严重后果，如破裂出血、脓肿形成和胆道出血。本组 1 例术中扪及右叶肝内血肿，未切开止血及胆道“T”管引流，术后 1 周始反复胆道出血，终因外伤性胆道出血死于多器官功能衰竭。

肝填塞术纱布填塞止血由于易引起感染，大部分学者都主张废弃，但对严重肝损伤、出血凶猛、情况紧急，客观条件不允许其它复杂手术时，纱布填塞不失为一种暂时压迫止血的应急措施。本组采用纱布填塞止血 2 例，1 例因合并脑、肾、结肠损伤，虽经填塞止血，但术后 48h 死于急性肾功能衰竭；另 1 例填塞止血后 5d，二次手术取出纱布，无再出血，痊愈出院，1 年后尚接受右肾切除术。

本组 42 例均作了引流。引流不仅及时引流出血渗出的血液和胆汁，防止膈下积液，右侧胸腔积液，同时亦可及时发现继发性出血，由于引流管需留置时间较长，一般为 1 周以上，保证腹腔引流管通畅至关重要，应引起临床重视。

本组非手术治疗 4 例，均为右季肋部外伤后疼痛，无休克表现及腹膜刺激征，B 超提示肝包膜

下血肿 < 5cm。3 例经卧床休息、止痛、止血剂等治疗，均获治愈，1 例合并血友病，外伤后多处软组织血肿，虽经积极治疗，多次输血仍未治愈。作者认为非手术治疗指征：①血液动力学稳定而无腹膜刺激征；②有 B 超、CT 严密监测设备；③有立即手术条件；④无腹部其它重要脏器损伤；⑤肝损伤 Moore 分类 I 度 ~ II 度；腹腔积血 < 250ml。

肝损伤常存在合并伤，对诊断和治疗均带来困难。本组合并伤 18 例，27 例次，其中合并两个以上脏器损伤 6 例。正确诊断和处理合并伤对肝损伤的治疗有直接关系。作者认为对合并各脏器受伤程度要有所估计，在复苏过程中，对危及生命的主要伤应给予最有效的处理，对合并腹腔其它脏器损伤，术中探查要仔细，处理要及时，一旦遗漏将给治疗带来较大困难；合并胸部损伤者，特别要警惕呼吸系统并发症，尤其是 ARDS 的发生，应及时给予适当处理。

参考文献

[1] 吴阶平, 裘法祖主编. 黄家驷外科学[M]. 第 5 版, 北京: 人民卫生出版社
 [2] 林治瑾主编. 腹部外科学[M]. 第 1 版, 天津科学技术出版社, 1995
 [3] Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling: Spleen and liver (1994 revision)[C]. J Trauma, 1995; 38: 323
 [4] 刘正升, 李伟华, 邓川. 肝脏损伤 72 例治疗体会[J]. 中华实用外科杂志, 1995; 15: 668

(上接 402 页)

科恶性肿瘤行广泛全子宫切除加盆腔淋巴结清扫术后 6 ~ 20h 内腹腔出现内出血症状，1 例出现休克症状而行动脉血管造影及导管介入栓塞止血术，术后恢复良好，2 例坚持化疗 2 年，1 例仍在随访中。

晚期产后出血原因大多为胎盘、胎膜残留，胎盘附着面子宫复旧不全或子宫内膜修复不全，如为剖宫产术后出血，则多为切口损伤或感染引起。常规的刮宫治疗对大部分出血患者可以奏效，如无效，以往则采用保守治疗无效后开腹行双侧子宫动脉或髂内动脉结扎术，甚至子宫切除术。而剖宫产术后出血采用刮宫治疗常引起子宫穿孔危险。血管介入栓塞可减少患者开腹痛苦，且可保留子宫，不失为治疗产科出血的有效方法。本组中 2 例为晚期产后出血患者，1 例为足月顺产后 6d 出血量一次最长达 1 200ml，另 1 例为剖宫产

术后 13d 出血量约为 3 000ml，均在外院行刮宫止血及其它保守治疗无效转入我院，入院后即在抗休克同时行双侧子宫动脉栓塞止血，术后 3 ~ 5d 少量淡红色恶露后血止，均纯母乳喂养 4 月，其中 1 例产后 4 月月经来潮，1 例 4 月后正常工作。

血管介入造影栓塞在妇产科应用较为广泛，无手术禁忌，对各型妇科大手术中止血无效的大出血、术后出血、产科大出血患者只要患者能耐受者均可采用^[2]。术后常有发热反应，此系细菌感染所致，术后应常规使用抗菌素。另一个常见症状为局部组织缺血后造成的疼痛，加用止痛剂可缓解。必须注意，如该术操作不当可使栓塞物进入正常血管后造成正常器官的缺血、梗死、坏死等，故术后应严密观察。

参考文献

[1] 薛敏. 血管介入技术在晚期产后出血诊治中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1999; 15(5): 317
 [2] 单泓, 罗鹏飞, 李彦豪, 等. 临床介入诊疗学[M]. 广东: 广东科技出版社, 1997; 231