

文章编号:1005-6947(2005)07-0547-02

· 临床报道 ·

肝外伤的非手术治疗

钟文和¹, 罗梅华²

(1. 湖南省双峰县妇幼保健院 外科, 湖南 双峰 417700; 2. 湖南省双峰县人民医院 外科, 湖南 双峰 417700)

摘要: 笔者回顾性分析近5年收治的72例肝外伤患者行非手术治疗的临床资料。本组肝外伤中属I, II级者65例, III级7例。非手术治愈69例(95.8%)。I, II级65例患者均经非手术疗法治愈(100%); III级7例中非手术疗法治愈4例(57.1%), 并发大出血中转手术3例, 其中1例死于合并重度脑外伤。并发肝脓肿5例(6.9%), 均经非手术疗法治愈。提示非手术治疗适用于I, II级及少部分III级肝外伤。治疗过程中血流动力学及B超监测有重要意义。非手术治疗要注意并发症的处理, 并发大出血者要及时中转手术。

关键词: 肝/损伤; 创伤和损伤/治疗

中图分类号: R657.32; R641

文献标识码: B

肝外伤在各种腹部损伤中约占15%~20%^[1], 病死率约为9%。以往肝外伤多采用手术治疗, 近年来采用非手术治疗(NOM)成功的报道日益增多。笔者两院2000年

元月~2004年10月共收治肝外伤患者202例, 其中行非手术治疗72例, 占35.6%, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男54例, 女18例; 年龄3~52岁, 中位年龄30.5岁。就诊时间为伤后30min至24h。损伤原因、部位和类型: 闭合性肝外伤63例, 开放性肝外伤9例。挤压、钝器击

收稿日期: 2005-02-15; **修订日期:** 2005-06-21。

作者简介: 钟文和(1958-), 男, 湖南双峰人, 湖南省双峰县妇幼保健院主治医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者: 钟文和 电话: 13973872259(手机)。

头疗法一次性组织毁损直径达10cm以上。

根治性手术切除仍是当前肝癌治疗的首选疗法, PMCT的适应证为: (1) 不愿接受开腹手术的小肝癌; (2) 各种原因不能切除的原发性肝癌; (3) 年老体弱不能耐受手术的肝癌; (4) 复发性肝癌或转移性肝癌^[2]。对等待供肝准备行肝移植的肝癌, 亦可采用PMCT治疗以延长待肝时间。手术难以切除的多发结节散布两叶的肿瘤, 若主瘤位于一侧肝叶, 对侧仅有数个子灶者可采用主瘤手术切除, 子灶在术中行微波固化治疗。笔者曾对2例两叶散布癌(不在本组统计之列)采用此方法治疗术后已存活1年以上。对于肝动脉栓塞化疗(TACE)后的3例患者本组也采用了PMCT进一步治疗, 由于TACE已使肿瘤及其周边的血运阻断, PMCT时热量不被血流带走, 获得比单纯PMCT时更大的组织凝固范围的治疗效果。

PMCT与射频消融技术治疗肝癌^[3]的主要并发症相似, 可有腹腔出血、肝及胆道出血、肝脓肿、胆漏、临近脏器损伤及皮肤灼伤等。有报告^[4] PMCT治疗108例肝癌, 其中大多紧贴或侵及门静脉、肝静脉或下腔静脉者, 未发现血管破裂或迟发性损伤。认为这可能是与血液流动不断带走热量有关。本组1例转移性肿瘤位于肝左叶与结肠亦有粘连, 微波工作时间较长, 功率过大, 治疗2w后发生结肠瘘, 应引以为训。另2例左肝叶肿瘤侵及腹壁肌肉, PMCT致皮肤灼伤。PMCT虽安全可靠, 可重复, 但仍有发生严重并发症的可能, 因此和多电极射频治疗肝癌一样,

必须做好各项术前准备及完善术中、术后处理^[5]。本组PMCT的近期疗效比较满意。该法具有以下优点: (1) 创伤小, 痛苦少, 住院时间短, 易被患者接受; (2) 适应证宽, 可重复操作; (3) 安全可靠, 并发症少; (4) 对肝功能影响小, 疗效确切。

参考文献:

- [1] Midorikawa T, Kumada K, Kikuchi H, *et al.* Microwave coagulation therapy for hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2000, 7(2): 252-259.
- [2] Sato M, Watanabg Y, Tokui K, *et al.* A Long-term survival undergoing extensive microwave coagulation for unresectable hepatocellular carcinoma [J]. *Hepatogastroenterology*, 1999, 46(10): 3234-3236.
- [3] 刘连新, 朴大勋, 李荣祥, 等. 射频消融技术治疗原发性肝癌[J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(3): 233-235.
- [4] 庄建良, 潘群雄, 曾志雄, 等. 经皮微波凝固治疗不能切除肝癌及其疗效分析[J]. *中华肝胆外科杂志*, 2003, 9(6): 342-344.
- [5] 李晓玲, 周乐社, 王志明. 多电极射频治疗肝癌的围手术期处理[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(12): 933-935.

伤35例,车祸伤19例,坠落伤11例,刀刺伤7例。肝右叶损伤50例,肝左叶损伤22例。肝实质浅裂伤35例,肝包膜下血肿26例,中央血肿11例。合并伤:有合并伤者19例。其中腹膜后合并伤5例,均为右肾挫伤;腹外合并伤14例,包括四肢骨折6例,脑外伤3例,肋骨骨折5例。

1.2 诊断

入院时检查有明显腹痛65例,腹部压痛62例,有轻度腹膜炎11例,有早期休克表现13例。诊断性腹腔穿刺72例,有54例抽出少量不凝固血液。69例入院行B超检查确认肝外伤;3例合并脑外伤入院时未行B超检查,其中1例入院24h死于脑外伤,另2例入院24h后再作B超检查确诊。有17例加行CT检查亦支持肝损伤诊断。

1.3 分级及其特征

按1994年美国创伤外科协会提出的肝损伤分级标准,本组72例有69例根据B超检查结果,3例根据CT检查结果分级(其中有14例进行了B超和CT检查),属I级43例,II级22例,III级7例。

2 治疗与结果

2.1 治疗方法

本组72例入院后行非手术治疗,即卧床休息、输液、应用止血剂、抗生素预防感染。每30min测量脉搏、血压、呼吸各1次,并密切观察腹部情况。每4h测血红蛋白和血细胞比容各1次,每6~8h进行B超监测,动态观察血肿及腹部积血情况。本组无使用腹腔镜检查病例。

2.2 结果

非手术疗法治愈69例,占95.8%。其中I,II级65例患者均经非手术疗法治愈(100%);III级7例中非手术疗法治愈4例(57.1%),并发大出血中转手术3例。该3例患者于入院后8h(2例)和24h(1例)血压不稳,血红蛋白和血细胞比容逐渐下降,B超监测腹腔积血增多而中转手术。3例中转手术者治愈2例;死亡1例(1.4%),死亡原因为重度脑外伤。5例并发肝脓肿,经B超引导下肝脓肿穿刺置硅胶管引流,脓腔每天用0.2%氧氟沙星注射液100mL灌注,经3~4周治疗全部痊愈。

3 讨论

自1972年Rich首次报告4例肝外伤行NOM以来^[2],NOM的指征有所扩大,病例逐渐增多。张晓华等^[3]认为肝外伤选择NOM有下列理由:(1)诊断性腹腔灌洗阳性而探查的肝外伤中有67%不需要特殊处理;(2)右肝和劈裂状伤自行止血的机会多;(3)目前影像技术能准确判断和监测病情变化;(4)NOM成功率已达到70.0%~95.8%。本组72例仅3例中转手术(包括其中死亡1例),成功率为95.8%。

肝外伤行NOM的指征尚无统一标准。有人^[4]认为NOM

只适合于I级肝外伤。笔者认为,按1994年美国创伤外科协会提出的肝损伤分级标准,对I,II级可适当放松NOM的指征,但对III级则要严格掌握和选择。Meger(1985)提出了NOM的疗法的指征和条件:(1)血流动力学稳定而无腹膜炎体征;(2)具有高质量的CT或B超专业人员;(3)严密观察;(4)有立即中转手术的条件;(5)单纯肝实质裂伤或肝内血肿,积血量不超过250mL;(6)腹部无其他脏器损伤。笔者选择NOM的条件是:(1)闭合性肝损伤,本组63例。主要适用于I,II级及部分III级。(2)开放性肝损伤仅限于实质裂伤小于1cm的I级肝外伤,本组9例。(3)血压稳定,脉搏小于100次/min,血红蛋白大于90g/L,血细胞比容大于30%。(4)病情较轻,无腹内合并伤。(5)有经验的B超专业医师的严密观察及监控。(6)少量腹腔积血。本组有54例腹腔穿刺抽出少许不凝固血液,但B超及CT检查估计出血在250mL以下。(7)无腹膜炎或腹膜炎轻微者。本组有11例入院时有轻微腹膜炎,经NOM治愈无并发症。(8)严密观察生命体征及腹部情况稳定者。(9)作好术前准备,随时可中转手术。笔者认为对符合条件的病例在严密观察与监测下采用NOM是切实可行的。其中血流动力学监测尤为重要。B超对肝外伤亦有重要意义,可以动态了解肝损伤的变化,如肝或包膜下血肿有无继续扩大,腹腔内积血有无进行性增多等。B超诊断的敏感性高,特异性也很好。在动态监测中,外科医生要亲临检查,与B超医生一起会诊。笔者一般选择入院时,入院后6h和24h进行B超监测,若发现有肝内血肿进行性增大或血肿破裂,或腹腔内积血迅速增多时则中转手术。

陈汉等^[5]报告肝外伤行NOM有可能出现的并发症是:(1)遗漏肠管伤(5%);(2)并发出血(2.8%~3.5%);(3)并发肝脓肿(0.5%~20.0%);(4)可能遗漏胰、肾损伤及胆管断裂。本组并发肝脓肿5例经B超引导下粗针穿刺置管引流,脓腔内注入0.2%氧氟沙星,均在3~4周治愈,无再次手术病例。3例因非手术治疗无效而经及时发现中转手术治愈2例,1例因合并脑外伤致死。

参考文献:

- [1] 陈孝平,石应康,段德生,等.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.540.
- [2] Boone Dc, Federle M, Billiar TR, et al. Evaluation of management of hepatic trauma, identification of pattern of injury [J]. J Trauma, 1995, 39(2):344-350.
- [3] 张晓华,徐洁.肝外伤诊断和治疗的改进[J].中国普通外科杂志,1998,7(2):66-69.
- [4] 陈绍礼,张国礼,李礼,等.肝外伤治疗方法的选择[J].肝胆外科杂志,1996,4(1):23-25.
- [5] 陈汉,吴孟超.肝外伤处理[J].实用外科杂志,1985,5(11):562-564.