

文章编号:1005-6947(2005)02-0152-02

· 临床报道 ·

严重肝破裂手术治疗的体会:附34例分析

李华斌¹, 张谢夫², 李华英³

(1. 新乡医学院第三附属医院 外科, 河南 新乡 453003; 2. 郑州大学第一附属医院 普通外科, 河南 郑州 450052; 3. 河南省新乡市妇幼保健院, 河南 新乡 453003)

摘要:回顾性分析20年间收治的严重肝破裂34例的临床资料。全部采取综合手术治疗。存活28例,治愈率82.4%;死亡6例,病死率17.6%。主要死亡原因为严重合并伤、大出血及严重休克。笔者体会是选择合适的手术术式,同时积极地处理合并伤,防止肝脏继发性出血及胆瘘,建立充分的外引流,是抢救严重肝破裂的主要手段。

关键词:肝/损伤;破裂

中图分类号:R657.32;R641

文献标识码:B

严重肝破裂早期死亡原因主要为出血、胆瘘及合并其他脏器损伤^[1,2]。故本病大多是非常复杂、需要立刻进行抢救手术的急症。手术应根据肝破裂的复杂程度选择不同的术式,彻底止血是减少并发症及病死率的关键。我院近20年来手术治疗34例严重肝损伤,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男24例(70.6%),女10例(29.4%);年龄13~63岁,平均35岁。闭合性损伤30例(88%),开放性损伤4例(11.8%)。致伤原因:交通事故伤19例,建筑事故伤12例,刀刺伤3例。单纯肝破裂8例(23.5%),合并其他脏器损伤28例(76.5%)。合并伤:脾破裂19例,肠管破裂9例,膀胱破裂3例,肾破裂及挫伤11例,肋骨骨折23例,血气胸13例,肺挫伤6例,颅脑损伤4例,四肢骨折6例。受伤至手术时间2~15h。失血量为2000~4500mL。入院时均有外伤史、腹痛、休克(血压为90/50/50~0mmHg)。

1.2 辅助检查及诊断

34例腹腔穿刺均抽得不凝固血液。行B超或CT检查者13例均提示:“肝破裂和腹腔积血(腹腔积液)”。术前诊断均为:“肝破裂、失血性休克”。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

根据术中探查所见肝损伤的情况,按国际通用的美国创伤外科协会提出的AAST6级分类法,III级以上定为严重

肝损伤^[3]。本组34例中III级9例,IV级18例,V级5例,VI级2例。本组均采取两种或两种以上手术措施。手术方法有破裂缝合修补术89处、明胶海绵或大网膜填塞加缝合术36处、不规则肝切除术32处,以及结扎肝内出血的血管及胆管16处、选择肝动脉结扎、直接压迫阻断受损下腔静脉进行修补3处。选择两种术式34例,3种术式19例,4种以上7例。

2.2 结果

本组治愈28例,治愈率82.4%。死亡6例,病死率17.6%。主要死亡原因为严重合并伤及严重休克。术中死亡3例均在就诊3h内,其中2例死于合并严重颅脑外伤所致呼吸循环衰竭,1例术后死于严重的胸、腹联合伤和骨盆、四肢多发性骨折所致严重失血性、创伤性休克;术后死亡3例,其中2例死于联合伤;1例手术缝扎肝静脉引起肝淤血、腹水、肝肾衰竭术后11d死亡。术后并发症12例,发生率为35.3%;其中并发膈下感染4例,肝脓肿3例,再出血2例,胆瘘1例,应激性溃疡出血2例,经治疗后均痊愈。

3 讨论

严重肝破裂以闭合性损伤为主,临床容易忽视和延误诊断^[4]。本组闭合性损伤明显多于开放性损伤。严重肝破裂是腹部外伤中出血最汹涌,病死率最高的急腹症,及时诊断和手术,合理选择术式是提高治愈率、减少并发症的关键。患者入院时大多伴有休克。入院后必须立即进行抗休克等抢救措施,同时详细收集病史,体格检查、行必要的腹腔诊断性穿刺,对需要手术的肝破裂往往能作出正确诊断。腹腔抽出不凝固鲜血同时伴有血流动力学不稳定是决定剖腹探查的重要依据。一旦有手术指征要不失时机地剖腹探查,切勿追求血压回升或行B超或CT检查作出定位性诊断

收稿日期:2004-07-01; 修订日期:2004-11-20。

作者简介:李华斌(1958-),男,山东阳谷人,河南省新乡医学院第三附属医院主任医师,教授,主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者:李华斌 电话:0373-3003645; E-mail:Lihuabin@mail.china.com。

后再手术。笔者对入院时有外伤史、腹痛(以肝区为主)、休克、腹腔穿刺抽出不凝固血液,既定为急诊手术剖腹探查的指征。处理原则是:先重后轻、先大后小;根据肝受伤的部位、程度选择恰当的术式进行止血、清创;同时处理肝外伤的创面,清除胆汁溢漏,建立通畅的引流。

(1)尽快控制出血,查明伤情 开腹后,往往由于出血汹涌,影响伤情的探查。此时,术者应迅速在肝十二指肠韧带绕一细导尿管或细的条带,将其缩紧,阻断入肝血流。这是常温下肝外伤最简便、最有效的暂时控制出血的方法。而对于肝病患者(如肝硬化),阻断入肝血流的时间最好不要超过15 min^[5]。解除肝门阻断,观察3~5 min,确认已彻底清除及完全止血后,再处理肝的轻伤部位。在吸尽腹腔内积血的同时,迅速剪开肝圆韧带和镰状韧带,在直视下探查左右半肝的脏面和膈面。探查中必须避免过分用力牵拉肝脏,以免肝脏的伤口撕裂加深,造成更大量出血。如果当入肝血流已完全阻断而肝裂口仍有大量出血,说明有肝静脉或腔静脉损伤。特别注意第二肝门处的破裂修补,进针不要过深,针脚不要过大,不要过度牵拉,也可用明胶海绵或大网膜适当修补。第一肝门和第二肝门处的处理要特别谨慎,不要误伤肝脏的主要管道系统。可用纱布垫填塞伤口,压迫止血,并迅速剪开受伤侧肝的冠状韧带和三角韧带,显露第二或第三肝门,予以查清、查准。然后根据肝受伤情况,决定选择何种手术方式。本组1例手术缝扎肝静脉仍未查明伤情,缝针过深、过紧引起术后肝淤血、腹水、肝肾衰竭而于术后11d死亡,应引以为教训。1例肝顶部星状,第一、二肝门和部分韧带裂伤,术中见肝脏呈半游离状态,第二肝门处肝静脉有一小裂口约0.3 cm,处理用缝合加明胶海绵固定2针,仔细检查其余肝脏裂伤并无肝脏的管道系统损伤,仅予清创加明胶海绵或大网膜填塞修补完成手术,并痊愈出院。

(2)清创加明胶海绵或大网膜填塞加修补术 此法适用于III级及部分IV级肝损伤。由于肝脏破裂严重,首先要检查肝破裂处无明显肝脏管道系统损伤、裂开、出血、胆瘘,方可选择清创加明胶海绵或大网膜填塞加修补术。缝合深度要适当,尤其不可损伤肝门处的管道系统。由于肝损伤时伤口内往往有失活的肝组织碎块或异物,伤口深部常有活动性出血及胆管损伤,若不予彻底清创,不消除失活的肝组织碎块或异物,不止血及处理损伤的胆管,而满足于裂伤口的封闭,术后将导致再出血、感染等不良后果^[6]。

对肝脏管道系统损伤的缝合前先作彻底清创。如创面的损伤较大,为消灭死腔及减少缝合时的困难,可用一条带蒂的大网膜填入创口内,褥式法予以缝合,置双腔引流管于肝创伤处周围引流。本组采用此法治疗29例,应用36处,效果良好。

(3)不规则肝切除 适用于IV和V级严重肝损伤。术中可采用Pringle手法或无创伤性血管钳阻断第一肝门血流,用指压法折碎或刀柄分离肝组织,切除坏死、失活的肝组织,伤部肝组织切除后所遗留的肝断面,避免大块肝组织的褥式缝合,尽量结扎其管道,然后以大网膜覆盖;创缘下放置多孔双管引流。近年来,不规则肝切除近年已取代规则性肝切除,成为肝外伤时常用的手术方法^[7]。清创性肝切除时,应尽可能多地保留正常肝组织,以减少手术病死率和术后并发症。本组采用此法治疗19例,32处。术后并发膈下感染1例,肝脓肿1例,再出血1例,应激性溃疡出血1例,经治疗后均治愈。术后死亡2例(10%),均为合并有严重的联合伤者。

(4)单纯肝缝合修补 本组采用此法治疗同时并存的轻度肝损伤31例,89处。说明肝破裂修补术仍是最常用的手术方法。

参考文献:

- [1] 张学举,李艳霞,李华斌.不规则肝切除在严重肝损伤中的应用[J].新乡医学院学报,1998,15(4):336.
- [2] 吴在德.外科学[M].第5版,北京:人民卫生出版社,2001:463-464.
- [3] Pachter HL, Spencer FC, Hofstetter S. Significant trends in the treatment of hepatic trauma, experience with 411 injuries[J]. Ann Surg, 1992, 215(5):492-500.
- [4] 周日光,周兆棠.肝外伤136例治疗体会[J].中国普通外科杂志,1999,8(4):297-299.
- [5] 吴孟超.肝脏外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1982.351-360.
- [6] 陈孝平,戴植本,裘法祖.肝损伤及112例外科处理体会[J].临床肝胆病杂志,1989,5(1):33.
- [7] Cox EF. Blunt trauma to the liver analysis of management and mortality in 323 consecutive patients[J]. Ann Surg, 1988, 207(2):126-134.