

文章编号:1005-6947(2005)02-0154-02

· 临床报道 ·

交通事故所致肝外伤 86 例治疗分析

谈平原, 周常亮, 杨如高

(湖北省孝感市第一人民医院 普外科, 湖北 孝感 432000)

摘要:对 86 例交通事故所致肝外伤患者的临床资料进行回顾性分析, 结果示 86 例肝外伤中治愈 78 例(占 90.7%), 其中非手术治疗 16 例, 各种手术(含中转手术病例)治疗 72 例。并发胆瘘 4 例, 膈下感染 6 例, 肝脓肿 6 例, 再出血 2 例。死亡 8 例, 6 例死于其它器官合并伤, 以脑外伤、胸外伤为主, 2 例为重型肝外伤死于失血性休克。本组资料示交通事故所致肝外伤为闭合性损伤是肝外伤的特点, 腹腔穿刺、B 超、CT 检查是诊断闭合性肝外伤的重要手段。笔者经验认为根据肝外伤的具体情况选择不同的治疗方式; 非手术治疗的在相应的条件下切实可行; 早期伤情的准确诊断和及时的手术治疗、积极处理合并伤是提高抢救成功的关键。

关键词:肝/损伤; 闭合性损伤

中图分类号: R657.32; R641

文献标识码: B

本院 1990 年 1 月 ~ 2003 年 12 月共收治交通事故所致肝外伤患者 86 例。本文对交通事故所致肝外伤的特点、诊断和治疗的方法作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 68 例, 女 18 例。城市居民 58 例, 农民 28 例。年龄 6 ~ 69 (平均年龄 34.6) 岁。肝左叶伤为 28 例, 肝右叶伤为 42 例。肝左、右多处伤 16 例。合并颅脑外伤 8 例, 胸外伤 16 例, 肾挫伤 9 例, 脾破裂 5 例, 四肢或骨盆骨折 12 例, 其他合并伤 6 例。受伤至手术时间 2 ~ 24h (平均 6) h。

1.2 辅助检查及诊断

本组 86 例均行腹腔穿刺(其中 12 例重复腹腔穿刺), 阳性率 90.1%, B 超检查 68 例, 提示肝损伤 62 例, 阳性率 91.2%, CT 检查 20 例, 均予以确诊。肝外伤程度参照 AAST 分级标准^[1]: I 级伤 10 例, II 级伤 18 例, III 级伤 42 例, IV 级伤 12 例, V 级伤 4 例, VI 级伤 0 例。

2 治疗方式及结果

2.1 非手术治疗组

16 例行非手术治疗, 包括 I 级肝外伤 9 例, II 级肝外伤 7 例。均采用静脉补液、维持水电解质平衡、止血、预防感染、处理其他合并伤、严密监测腹部体征及生命体征变化。其中 2 例 II 级伤因生命体征不稳定中转为手术治疗, 其余 14 例非手术治疗治愈。

2.2 手术治疗组

I 级伤 1 例, II 级伤 13 例(含中转 2 例), III ~ V 级伤 58 例, 共计 72 例行手术治疗。手术方式包括单纯缝合修补 18 例, 深部褥式缝合 24 例, 网膜填塞加缝合 22 例, 肝固有动脉结扎 8 例(为其他手术的附加术式), 纱布填塞 2 例, 非规则性肝叶切除 6 例。并发胆瘘 4 例, 膈下感染 6 例, 肝脓肿 6 例, 再出血 2 例, 死亡 8 例。6 例死于合并伤(严重颅脑外伤或胸外伤), 2 例死于重型肝外伤致失血性休克。

3 讨论

近年来, 随着我国机动车数量增多, 肝外伤发生率有明显增多的趋势。城市居民发生率明显高于农民。我国肝外伤多为闭合性损伤^[2], 本组 86 例均为闭合性损伤, 符合这一特点。这是由于交通事故引起的开放性损伤常合并其他严重的多发伤在车祸现场或转运途中死亡而未被统计的缘故。闭合性肝损伤的诊断: 通过外伤史或受伤部位的询问, 生命体征及腹部体征的检查可为肝外伤的诊断提供重要依据, 但早期诊断需结合腹腔穿刺、B 超、CT 检查。腹腔穿刺简便、易行、不受条件限制, 普遍适用于所有肝外伤疑有腹腔出血的病人, 可随时重复对比检查以明确腹腔有无出血,

收稿日期: 2004-10-19; 修订日期: 2004-12-04。

作者简介:谈平原(1969-), 男, 湖北孝昌人, 湖北省孝感市第一人民医院主治医师, 主要从事肝胆和胃肠外科方面的研究。

通讯作者:谈平原 电话: 0712-2902181。

但不能明确出血的具体部位。B超检查经济、实用、无创伤,床边便携式B超可动态观察肝外伤的变化情况,对于非手术治疗的患者可重复多次对比检查。CT检查不仅正确率高,还可以准确地判断肝脏损伤的部位、程度、出血量及其他脏器的损伤情况,为早期判定伤情,及时制定合理的治疗方案提供依据。当然对于体格检查,腹腔穿刺已明确的血腹症,患者血流动力学不稳定,有明显的其他合并伤需要手术治疗的患者,不应拘泥于B超、CT检查“确诊”而延误了最佳手术时机。选择非手术治疗主要依据下列指征^[3]:(1)入院时患者神志清楚,能正确回答医生提出的问题并配合进行体格检查;(2)血流动力学指标稳定,收缩压在90mmHg以上,脉率低于100次/min;(3)无腹膜炎体征;(4)B超或CT检查确定肝脏损伤程度在I~II级;(5)未发现其他内脏合并伤。在非手术治疗期间应严密观察患者的生命体征变化,对于脉搏加快,血压不稳定、动态B超或CT提示腹腔积血在1h增加超过300mL者或逐渐出现明显的腹膜炎体征者应果断中转手术治疗,非手术治疗在相应的条件还是切实可行的,但当患者有手术指征时手术治疗宜尽早进行,本组2例于非手术治疗过程中血流动力学不稳定而转为手术治疗,术中证实肝外伤破裂出血不能自止,及时的手术而获得治愈。手术治疗中缩短肝外伤至肝脏有效止血的时间是提高抢救成功率的关键之一^[4],尤其是重型肝外伤。本组2例非手术治疗后中转手术治疗的病例从受伤至手术时间分别为18,24h。手术组病例平均在伤后6h内得到手术治疗。表浅裂伤可进行单纯缝合。本组I~II级伤均行单纯缝合。深部褥式缝合适用于破裂口较深的肝外伤,在缝合后若加带蒂或不带蒂的网膜填塞可以解决残留死腔的问题,又可压迫创面止血,防止打结过程中割裂肝组织,值得提倡应用。肝固有动脉结扎可作为配合其他止血手术的辅助术式,适用于动脉性出血局部修补切除困难或不满意的病例,其操作简便,手术时

间短,不受设备条件限制;其缺点是可能发生肝脓肿、再出血、肝功能不全等并发症^[5]。纱布填塞作为肝外伤处理时的一项紧急救命措施在基层医院条件受限时可迅速控制大出血,抢救生命,本组2例行纱布填塞为转上级医院争取再手术赢得了时间。清创性非规则肝叶切除适用于多数肝裂伤和复杂严重的肝外伤,手术时应尽量多的保留肝组织,对于严重的肝外伤过多切除正常肝组织不仅无必要而且还可能增加手术难度和病死率^[3]。本组非规则性肝叶切除6例无1例死亡。交通事故所致肝外伤常合并严重的多器官损伤而表现为多发伤,本组86例患者中合并伤56例(65.1%),多发伤易掩盖肝外伤给诊断和治疗带来困难,应予高度重视。本组有8例患者均为多发伤分别从脑外科,胸外科会诊转入,其中死亡2例。笔者认为早期伤情的准确诊断和及时的手术治疗,积极处理合并伤是提高抢救成功的关键。本组抢救成功率为90.7%,与国内安泽武等报告^[6]的124例肝外伤抢救成功率94.4%接近。

参考文献:

- [1] 秦仁义,邹声泉,吴在德,等.肝外伤169例治疗体会[J].中国实用外科杂志,1997,17(2):102
- [2] 严律南.肝脏外科[M].北京:人民卫生出版社,2002.722.
- [3] 陈孝平,吴在德,严群,等.肝脏损伤的外科治疗[J].中华外科杂志,1994,32(6):354.
- [4] 黄志强.肝脏外科手术学[M].北京:人民军医出版社,1996.98-102.
- [5] 孙跃明,王学浩,华一兵,等.肝裂伤修补术后胆道出血的诊治[J].中国实用外科杂志,1997,17(5):292.
- [6] 安泽武,王玉乾,王茹,等.肝外伤124例诊治分析[J].中国普通外科杂志,2004,13(8):612.

第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会征文通知

由中国普通外科杂志社,湖南省医学会普通外科专业委员会,中南大学湘雅医院,广西柳州市人民医院联合举办的第十六届全国普通外科新进展学习班暨学术研讨会定于2005年5月12日~15日在广西省柳州市召开。会上有国内著名专家作专题报告,参加者可获国家继续教育学分,欢迎参加及投稿。现将有关事宜通知如下:

1. 征文范围:(1)普外基础与临床研究;(2)普外临床新技术、新进展;(3)普外临床实践总结及技术改进;(4)作者认为有必要提供大会讨论的内容

2. 征文要求:未正式发表过的论文,另附摘要500~800字,打印或抄写整洁并加盖公章或附单位证明

3. 论文待遇:(1)录用的论文用于会议大会发言或书面交流;(2)优秀论文将在《中国普通外科杂志》优先发表

4. 截稿日期:2005年3月15日

5. 来稿地址:湖南省长沙市湘雅路87号中国普通外科杂志编辑部 信封上请注明“会议征文”字样