

文章编号:1005-6947(2005)05-0397-02

· 临床报道 ·

# 腹膜后血肿的诊断和治疗:附41例报告

张兆杰, 翟岱垠, 刘仰东

(山东省泰安市中医院 普通外科, 山东 泰安 271000)

**摘要:**为了探讨在腹部损伤患者手术中腹膜后血肿的诊断和治疗,以及手术指征和手术方式,对1996年以来收治腹部损伤患者238例中腹膜后血肿41例的临床资料进行回顾性分析。全组手术32例(13.4%),未手术9例(3.8%)。结果显示:32例腹膜后血肿手术患者死亡2例(6.3%),其余均痊愈,9例未手术的患者均经保守治疗痊愈。提示稳定型腹膜后血肿多见于腹膜后挫伤,可密切观察;扩张型、搏动型腹膜后血肿多见于血管损伤,进展快、范围大,多发性腹膜后血肿应及时切开血肿进行探查、止血。

**关键词:**腹膜后血肿/诊断;腹膜后血肿/外科学

**中图分类号:**R722.153 **文献标识码:**B

腹膜后血肿(retroperi-toneal hemaoma, RH)是外科腹部损伤常见急腹症之一,是腹膜后间隙脏器、血管损伤及骨盆、脊柱骨折等出血所引起,无特异性临床表现,常常被其它脏器损伤的症状所掩盖,腹膜后血肿的处理方法虽然有多种,但众多专家意见不一。我科自1996年以来收治腹部闭合性及开放性损伤238例,其中合并腹膜后血肿41例(17.2%),手术32例(13.4%),保守治疗9例(3.8%),临床疗效满意。现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男38例,女3例;年龄16~52(平均年龄31)岁。损伤原因:交通事故伤29例,刀刺伤5例,压砸伤3例,其他原因4例。入院时均表现为腹痛,腰背部疼痛11例,腹部压痛33例,伴有反跳痛并腹肌紧张19例,腹部包块6例,肉眼血尿5例;合并失血性休克12例。腹透发现膈下游离气体4例,腹腔穿刺抽出不凝血性液体34例。32例中26例行急诊手术,6例经保守治疗观察无好转后手术。手术证实:上腹部血肿20例,盆腔及下腹部血肿9例,血肿纵贯左侧上、下腹部者3例,合并伤:肝破裂3例,脾破裂12例,脾动脉断裂1例,肠破裂4例,胰腺挫伤1例,肾挫裂伤8例,肾动脉断裂1例,骨盆骨折3例。血肿最大30cm×20cm,最小10cm×15cm。

### 1.2 腹膜后血肿的发生部位

按Henao分型<sup>[1]</sup>本组中央型14例,肋腹型20例,盆腔

型4例,复合型3例。

## 2 治疗方法及结果

### 2.1 治疗方法

本组中32例施行手术治疗。根据患者损伤原因、损伤部位及术前行CT、超声波等检查,损伤脏器诊断较为明确,选择适当的手术切口,诊断不明者采用剖腹探查切口,在术中根据探查脏器损伤情况适当延长切口。本组中肝破裂3例均行褥式缝合,脾损伤中脾破裂14例,脾动脉断裂1例,12例行脾切除,3例行脾修补,肠破裂4例行肠切除或修补,胰腺挫伤1例行修补及引流;32例手术者中14例于术中切开血肿包膜处理、清除血肿,结扎出血血管,发现肾挫裂伤8例(其中肾动脉断裂1例),行肾切除3例,肠系膜血管出血4例,采用相应的止血办法,放置引流管;其余18例腹膜后血肿患者处理其他腹腔脏器损伤后生命体征稳定,未切开腹膜后血肿。围手术期予以纠正失血性休克,控制感染,加强营养支持,预防各种并发症等处理。合并胸部损伤出血3例,肋骨骨折6例,骨盆骨折3例均给予保守治疗。

### 2.2 结果

手术32例死亡2例(占总数的4.9%,占手术例数的6.3%)均为中央型RH,术中死亡1例(腹部及背部刀刺伤,脾动脉断裂,左肾动脉断裂,失血性休克),围手术期死亡1例(胸、腹部损伤致肠破裂、腹膜后血肿,术后腹腔感染血肿溃破,感染性休克而死亡)。非手术治疗9例均治愈(100%)。总治愈39例(95.1%),随访最长1.5年,最短2个月,平均7个月。随访观察发现腹膜后血肿保守治疗者血肿吸收时间长,超声波检查发现伤后2个月左右吸收

**收稿日期:**2004-03-17; **修订日期:**2005-02-06。

**作者简介:**张兆杰(1963-),男,山东泰安人,山东省泰安市中医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:**张兆杰 电话:13954813363(手机)。

较快,3~6个月血肿基本恢复正常。

### 3 讨论

腹膜后间隙的解剖特点:部位深在,间隙大,组织疏松,局限能力差,在损伤后出血易于扩散形成较大血肿,且表现常常比较隐匿,不易早期发现,当合并其它脏器损伤时,往往被其它复合伤临床表现所掩盖,从而增加了诊断和处理的复杂性和困难性<sup>[2]</sup>。故腹膜后血肿的临床表现为腹痛或腰背部疼痛、腹胀、失血性休克、血尿,腹部包块等。当RH范围较小无其他脏器损伤时,仅表现为腰背部或腹部钝痛,如本组9例未手术患者;当RH范围较大或合并腹腔脏器损伤,其临床表现为失血性休克及腹膜炎,本组中19例患者有腹膜炎,12例患者合并失血性休克,3例腹部可触及包块;RH合并肾脏损伤表现为腰痛或腹痛伴血尿,本组中血尿7例;骨盆骨折合并RH时主要表现为失血性休克。

当腹部损伤患者出现血压下降、血容量减少,而没有其他脏器出血表现,腹腔穿刺也未能抽出不凝血或少许血性液体时应想到RH。腹腔穿刺对RH的诊断有一定价值,但据此并不能真正估计损伤程度或决定手术方式。本组中有7例未抽出不凝血性液体,但手术证实为RH。超声波检查可以发现腹膜后血肿,因受肠腔内气体干扰其准确性常常受到影响,本组中仅有5例为超声波诊断;CT和MR对腹膜后血肿的定位诊断具有不可替代的作用,它可以帮助判断血肿的范围,血肿可能的来源,以及损伤脏器的情况,结合其他临床表现作为指导、制定手术方案的依据<sup>[3]</sup>;本组中CT诊断RH9例,MR诊断4例。RH不是一个独立的疾病,常常为腹部损伤的并发症,常与其他脏器损伤同时存在,本组资料显示RH合并伤占82%,主要是腹部合并伤的治疗。RH是采用非手术治疗还是手术治疗?有学者认为<sup>[4]</sup>,由于RH合并脏器损伤,术前不易诊断明确时剖腹探查指征宜宽,以免贻误病情及治疗,而单纯的RH无休克表现的可在严密观察下行非手术治疗,否则应剖腹探查。本组41例RH有23例为剖腹探查时发现RH而确诊。笔者认为手术方式的选择一方面取决于患者的全身情况,腹膜后血肿发生的部位、类型、程度和损伤时间以及有无合并伤等,重要的是密切观察RH和血压的变化情况。RH的定位和动态观察对治疗至关重要<sup>[3]</sup>,因

为稳定型多见腹膜后挫伤,扩张型多见于血管损伤,而搏动型则见于动脉出血。RH位于上腹中央区者常合并十二指肠、胰腺损伤,腹肋区RH多合并肾脏损伤,而骨盆区则多为骨折所致。不同部位的RH各具特征性,术中是否切开后腹膜探查依具体情况而定。实践中笔者体会到对于上腹、中央区的RH不论大小,是否稳定等,一律需切开探查,借以发现十二指肠、胰腺的损伤。对于腹肋区的肾周RH,只要是RH局限的,不继续扩展,非搏动性的,并且致伤原因是钝行损伤者,可不予探查,否则应毫不犹豫地切开探查。但有资料称,即使属前者也有11.5%的患者需做肾切除。肠系膜血肿切开后必须找到出血点并妥善结扎。姜军等<sup>[3]</sup>认为,疑有十二指肠伤时应注意右上腹膜后或横结肠系膜根部有无血肿,黄绿色染色及捻发感等,有任何疑问点均应作Kocher切口探查十二指肠一、二部。肠系膜血肿必须切开找到出血点并妥善结扎;升结肠和降结肠周围有血肿或肿胀、积气时一定要剪开侧腹膜翻转结肠检查。

本组中有2例死亡,1例术中血肿处理不及时,肾动脉断裂未及及时结扎止血致失血性休克死亡;另1例手术中上腹部腹膜后多发血肿未处理,术后3d血肿感染溃破,后期死于感染性休克。故笔者认为对于腹膜后血肿较小、无明显扩展、非搏动性,且不在重要脏器周围者,可采用非手术治疗,密切观察RH的变化;而对于腹膜后血肿发展迅速,术中RH血肿范围较大、多发及搏动性RH,以及血压不稳定者,均应在术中切开后腹膜探查、处理血肿,寻找出血点加以止血,以免延误治疗。

### 参考文献:

- [1] 郑通标,彭海峰,段君英. 创伤性腹膜后血肿的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(12):719-721.
- [2] 雷道雄,艾中立,刘志苏,等. 腹膜后脓肿23例诊治体会[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(7):430-431.
- [3] 姜军,范林军. 腹部空腔脏器伤的诊断及剖腹探查[J]. 中国实用外科杂志,2003,23,(7):389-391.
- [4] 曲宏民,周学娟,魏效森,等. 103例腹膜后血肿的治疗[J]. 中国普通外科杂志,1998,7(2):114-115.