

文章编号:1005-6947(2007)12-1206-02

· 临床报道 ·

严重肝外伤的手术处理:附 28 例报告

庄阳辉,汪家珠,罗志强,杜振双,沈宁博,谢鸿铭

(福建省泉州东南医院 肝胆外科,福建泉州 362000)

摘要:笔者回顾分析近5年来收治的28例严重肝外伤患者的临床资料。严重肝外伤28例中治愈24例,死亡3例,放弃治疗1例。快速有效复苏、及时诊断、正确选择手术方法,是提高严重肝外伤救治成功的关键。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1206-1207]

关键词:肝/损伤;肝破裂/外科学;创伤和损伤/治疗

中图分类号:R 657.3

文献标识码:B

严重肝外伤患者处理的复杂性及较高的病死率,目前仍是基层医院外科医师面临的棘手问题^[1]。我院自2002年10月—2007年6月共收治严重肝外伤例28例,治愈24例。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男19例,女9例;年龄19~56岁。闭合性损伤26例,开放性损伤2例。其中车祸伤16例,高处坠落伤8例,钝物伤2例,刀刺伤2例。26例合并其他脏器损伤,其中胸部损伤19例次,颅脑外伤12例次,脾破裂3例次,

肠破裂6例次,胰腺横断伤1例,四肢、脊柱及骨盆骨折13例次,肾损伤7例次;同时合并1个脏器伤3例,2个脏器伤8例,3个脏器伤10例,4个及4个以上脏器伤7例。按1995年美国创伤外科学会(AAST)^[2]肝脏外伤的分级,本组Ⅲ级肝损伤8例,Ⅳ级1例,Ⅴ级9例。本组患者均有腹痛,腹膜刺激征22例,合并休克25例,其中血压为0者2例。

1.2 辅助检查及诊断

本组患者均行血常规、凝血四项检查,血流动力学稳定者行B超、2CT检查。本组中血红蛋白下降($< 90 \text{ g/L}$)20例,凝血功能均正常。全组均行腹腔穿刺,均抽出不凝血,1次穿刺阳性结果25例,次以上穿刺3例,B超检查21例,提示肝破裂16例(76.2%);CT检查11例,提示肝破裂9例(81.9%)。术前诊断肝破裂20例(71.4%),8例表现为腹部闭合性损伤、内出血者,剖腹探查始明确诊断。

收稿日期:2007-07-27; **修订日期:**2007-11-19。

作者简介:庄阳辉,男,福建惠安人,福建省泉州东南医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:庄阳辉 E-mail:zhuangyanghui@163.com

3 讨论

LC有一定的中转剖腹率^[1]。Ihasz等^[2]报道13833例LC手术过程中有1.4%患者出现术中出血,超过半数行中转剖腹手术。因此,LC时严格掌握手术指征及掌握中转剖腹手术非常关键。中转手术是保证患者安全和手术质量的重要措施,不要片面地认为中转开腹是手术的技术失败^[3]。笔者认为,术前应严格筛选病例:(1)详细询问病史,反复多次发作,病史长达5年以上者应谨慎。(2)术前经B超,CT,ERCT等检查确诊,对胆囊结石合并胆囊萎缩,周围严重粘连包裹和急性期巨大胆囊合并坏死以及先天性胆管变异,Mirizzi综合征等病例要严格筛选,判断是否符合LC手术适应证,绝对不能盲目扩大其适应证。本组中转手术的38例中,有25例为胆囊结石+胆囊萎缩(占52.08%),胆囊结石+先天性胆管变异6例(占12.50%),Mirizzi综合征4例(占8.33%)。施行LC时均见有胆囊萎缩、周围严重粘连和胆管异常。另外,术中应严格掌握中转手术指征:(1)术中严格技术规范,谨慎分离、解剖、辨认胆囊三角区的结构,避免盲目或轻率的钳夹、电切、电凝^[4-5]。直视下建立气腹能有效防止严重的穿刺损伤。遇胆囊萎缩,周围严重粘连,分离有困难或分离时有

较多出血,视野不清者应中转剖腹^[6]。(2)胆囊结石合并肝外胆管变异,Mirizzi综合征,手术时间超过3h之久,应中断腹腔镜手术。(3)术中对于胆管损伤,应及早发现,立即中转开腹手术处理^[7]。发现有门静脉、肝外胆管及其他器官损伤者,亦应立即开腹手术。

参考文献:

- [1] Macfadyen BV, Vecchio R, Ricardo AE, et al. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: the United States experience [J]. Surg Endosc, 1998, 12(4): 315-318.
- [2] Ihasz M, Huang CM, Rgoly MJ, et al. Complications of Laparoscopic cholecystectomy in hungary: a multicentre study of 13833 patients [J]. Eur J Surg, 1997, 163(4): 267-271.
- [3] 郑民华. 腹腔镜胆囊切除术致胆管损伤的预防[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(8): 464-465.
- [4] 刘永雄.“小”手术,大学问—谈做好胆囊切除术[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10): 577-578.
- [5] 高瑞岗,张雪松,李奎,等. 腹腔镜胆囊切除胆管损伤的预防和手术处理[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 13(7): 587-588.
- [6] 高峰,呼延清,刘勇峰. 急性胆囊炎腹腔镜切除术:附58例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(1): 18-19.
- [7] 全小刚,徐大华,孙家邦,等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的特点、处理及预防[J]. 中华肝胆外科杂志, 2005, 11(9): 593-596.

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

28例均急诊手术治疗。严重肝外伤常合并多发伤,伤后1h是严重多发伤救治的“黄金时间”,越早医疗干预越有希望存活^[3]。在复苏治疗时,应建立2个以上的静脉通道,以中心静脉置管为好,以便快速输液及检测中心静脉压,确保输血、输液等抗休克措施到位。在危重的情况下,根据病史、体征,诊断性腹腔穿刺抽出不凝血即应迅速剖腹探查。本组有6例直接由急诊科送入手术室手术获救。

2.1.1 术中所见 术中见Ⅲ级肝损伤8例,Ⅳ级12例,Ⅴ级8例;累及2个肝叶5例,累及3个肝叶6例;合并门静脉损伤2例,下腔静脉损伤1例,肝中静脉破裂3例,肝右静脉破裂3例,右肾上腺并肾上腺静脉破裂2例。肝脏裂口长度5~16cm,平均10.5cm,深度5~8cm,平均6.35cm;3例为贯通性损伤。腹腔不凝血1500~3800mL,平均3100mL。

2.1.2 手术方式 本组行肝清创缝合加大网膜或明胶海绵填塞18例,右肝不规则肝切除6例,肝左外叶切除2例,清创性肝切除加自制网罩包裹2例,其中加行右肝静脉结扎3例、肝中静脉结扎3例,肝动脉结扎1例。术中阻断肝门17例,阻断时间7~35min。术中输血2000~12000mL;12例行自体血回输,回输量800~1600mL。

2.2 治疗结果

术后出现并发症7例,包括再出血2例,胆瘘2例,肝脓肿1例,肝周感染2例,均经介入治疗治愈。全组治愈24例,死亡3例均因凝血功能障碍、DIC死亡,(其中Ⅳ级肝损伤1例,术后10h死亡;Ⅴ级2例,分别于术中、术后6h死亡);另1例因术后肾功能衰竭,家属放弃治疗自动出院。

3 讨论

严重肝外伤手术时最常犯的错误是不顾患者情况,开腹后便急急忙忙地去找出血处并行止血,结果使伤情恶化。我院的做法是,对Ⅲ~Ⅳ级肝外伤,入腹后迅速用手指或导尿管阻断第一肝门,暂时止血及确认出血来源,在排除肝后下腔静脉和肝静脉损伤后,用指捏法扩大肝脏裂口,直视下找出损伤的血管及胆管分别结扎。遇有动脉性出血,经清创缝合和填塞仍不能控制者行肝动脉结扎,对于肝创口中撕裂的主肝静脉出血,则主张行结扎止血而不必修补。本组有3例右肝粉碎性破裂合并右肝静脉破裂大出血,经结扎止血术后恢复良好。

肝脏清创加带蒂大网膜填塞、缝合是处理严重肝外伤最常用的方法。本组的经验是暂时阻断入肝血流,在直视下对创面进行清创,逐一结扎肝创面上的断裂的血管和胆管。清创后肝创面应达到:(1)无失活肝组织;(2)无渗血;(3)无胆漏。然后用肝针或大圆针7号丝线做不留死腔的交锁褥式,褥式或间断缝合。对肝清创后的创面先喷洒OB胶,然后填塞大网膜或明胶海绵,此法止血可靠。对于肝脏清创后留有较大的创面,不强求将其缝合,可用带蒂大网膜充填,肝创缘用丝线疏松缝合固定大网膜即可。本组采用本法处理18例,术后恢复良好。对粉碎性、爆炸

性破裂的严重肝外伤,特别是星芒状右肝叶破裂,往往造成较大的失活肝组织。我们主张采用不规则肝切除或清创性肝切除为佳。原则是“破到哪里,切到哪里,失活的切除,存活的缝合”^[5]。缝合止血后肝创面敞开引流。本组患者中规则左外叶切除2例,右肝不规则切除6例均获成功。

用可吸收网片紧紧包裹损伤的肝叶和/或全肝以达到压迫止血的目的,是近年来治疗严重肝外伤的新技术^[4]。我院对Ⅱ,Ⅲ,Ⅵ,Ⅶ段粉碎性肝破裂,而各碎片未失活且与肝蒂相连者,在清创后,用肝针间断拉拢缝合,将自制网罩(用1#羊肠线编织而成,如编织鱼网一样)包裹破裂的肝组织,网罩边缘与镰状韧带、后腹膜缝合固定,本法对右肝星芒状破裂,经缝合后仍出血时可收到明显的止血效果。本组有2例右肝星芒状破裂经缝合后仍出血,加网罩包裹后恢复顺利。这种方法克服了肝周填塞法的缺点,使用简单、止血可靠、且自制网片取材方便,适于在基层医院推广。

近肝静脉和肝后下腔静脉损伤是严重肝外伤中最难处理的问题。在大的创伤中心这种伤情病死率亦可达60%~100%^[5]。本组有2例右肝后叶粉碎性破裂合并右肝静脉和下腔静脉破裂、右肾上腺并肾上腺静脉破裂,在清创切除粉碎肝组织过程中大出血不止,出血量多达10000余mL。经快速切除碎裂的肝组织,缝扎右肝静脉,修补下腔静脉和肝周填塞等措施仍未止血,发生低温、血不凝、酸中毒在术中死亡。随着“控制损伤”这一创伤处理新概念的产生,在急诊情况下对严重肝外伤有选择地采用肝周填塞止血越早越好,即在大量输血或出现凝血障碍前实施有效的填塞止血,尽快结束手术。随后进一步恢复血容量,维持血流动力学稳定,呼吸支持、复温、纠正凝血机制紊乱及纠正酸中毒,待患者血流动力学稳定、体温恢复、无凝血功能障碍时再进行确定性手术,应是救治这种类型肝损伤的主要措施之一。本组2例术中死亡的教训深刻,应引以为戒。

虽然术中对肝创面进行了“可靠”的处理,但术后创面的渗液是难免的,每日引流渗液100~300mL甚至更多是常见的。尽管目前对肝外伤引流存在争论,笔者仍主张无论是何种类型的肝破裂,也无论采用何种手术方式,均应在肝断面或肝周放置双套管引流,以引流渗出的血液和胆汁,减少感染和胆瘘的发生。因为从预防术后并发症的意义上说,手术只是完成了治疗的一半,还有一半就是充分有效的肝周引流。

参考文献:

- [1] 董家鸿,王槐志.肝外伤治疗的新观点[J].临床外科杂志,2005,13(6):381-383.
- [2] 吴孟超.肝脏外科学[M].第2版.上海:上海科学技术文献出版社,上海科技教育出版社,2000.502-503.
- [3] 陈维庭.重视和加强对严重创伤的早期救治[J].中华创伤杂志,1999,15(4):245-246.
- [4] 冯爱喜.肝胆胰外科理论与实践[M].北京:科学出版社,2001.704.
- [5] 陈孝平,陈汉.肝胆外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.302.