

· 临床研究 ·

22 例严重肝破裂的诊治体会

陈建荣, 陆孝道[△], 于进玲, 张学利

(上海市奉贤区中心医院/上海交通大学附属第六人民医院奉贤分院普外科 201400)

摘要:目的 探讨严重肝破裂的诊断和治疗方法。方法 回顾性分析 22 例严重肝破裂患者的临床资料及诊疗措施。结果 22 例严重肝破裂患者的主要症状是上腹痛, 多伴休克, 且合并腹膜刺激征, 均经剖腹探查确诊。手术方法包括单纯缝合修补术(14 例)、清创性肝切除术(6 例)及纱布填塞止血法(2 例)。存活 20 例(90.90%), 死亡 2 例(9.10%)。发生术后并发症 6 例(27.27%), 其中肠梗阻 2 例, 肝内迟发性血肿 2 例, 肝修补后再出血 1 例, 膈下脓肿 1 例。结论 尽早作出诊断并及时手术是治疗严重肝破裂的关键。

关键词:腹部损伤; 诊断; 肝切除术; 出血; 肝破裂

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.017

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)16-1603-02

Experience of 22 cases of diagnosis and treatment of severe liver rupture

Chen Jianrong, Lu Xiaodao[△], Yu Jinling, Zhang Xueli

(Department of General Surgery, Fengxian Central Hospital of Shanghai/Fengxian Branch Hospital of the Sixth People's Hospital Affiliated to Shanghai JiaoTong University, Shanghai 201400, China)

Abstract: Objective To discuss the diagnosis and treatment of severe liver rupture. Methods Clinical data and approaches to diagnosis and treatment of 22 patients with severe liver rupture were retrospectively analyzed. Results The primary symptom of 22 cases of severe liver rupture was abdominal pain, often accompanied by shock and peritoneal irritation sign. All of their diagnosis were confirmed by exploratory laparotomy surgical procedures conducted to patients included simple suture repair (14 cases), debridement hepatectomy(6 cases) and gauze packing hemostasis(2 cases). 20 patients(90.90%) survived, 2 patients(9.10%) died. Postoperative complications occurred in 6 patients (27.27%), 2 cases of intestinal obstruction, 2 cases of intrahepatic delayed hematoma, 1 case of rehemorrhage after liver repair surgery and 1 case of subphrenic abscess. Conclusion The key points of treatment of severe liver rupture are early diagnosis and timely surgery.

Key words: abdominal injuries; diagnosis; hepatectomy; hemorrhage; liver rupture

近年来随着交通及建筑业的发展, 因意外事故导致腹部损伤的患者日益增多。肝破裂是临床较常见的腹部损伤, 也是基层医院外科医师面临的重症之一^[1], 严重肝破裂往往因大出血来不及抢救而死亡。提高肝破裂的诊断和治疗水平可挽救患者生命。因此, 本文对 22 例严重肝破裂患者的临床资料进行回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 22 例患者均为闭合性腹部损伤, 其中男 18 例, 女 4 例; 年龄 22~66 岁, 平均 42.5 岁; 受伤原因为车祸伤或高处坠落伤; 受伤至入院时间在 2 h 内 13 例, 6 h 内 8 例, 12 h 内 1 例; 急诊入院至手术时间在 30 min 内 20 例, 1 h 内 2 例。

1.2 临床表现 患者主要症状为上腹痛, 其中剧痛 15 例。16 例来院时已发生休克, 19 例伴腹膜刺激征; 17 例患者行 B 超检查, 3 例行 CT 检查, 20 例行诊断性腹腔穿刺, 均提示腹腔积液。

1.3 肝损伤程度 按照 1995 年美国创伤外科协会(American association for the surgery of trauma, AAST)的肝损伤评估标准^[2], 本组 III 级伤 15 例, IV 级伤 4 例, V 级伤 2 例, VI 级伤 1 例。其中肝实质血肿大于 10 cm 6 例, 肝实质裂伤深度大于 3 cm 9 例, 肝碎裂范围大于 75% 4 例; 肝破裂伴肝静脉或门静脉破裂各 1 例, 肝破裂伴下腔静脉破裂 1 例。

1.4 合并伤 本组肝破裂合并 1 个脏器损伤 17 例, 其中合并

肋骨骨折致肺挫伤 6 例, 脾破裂 4 例, 小肠破裂 4 例, 胰腺损伤 1 例, 十二指肠破裂 1 例, 膈肌破裂 1 例; 同时合并 2 个脏器损伤 4 例, 其中合并脾破裂及小肠破裂 2 例, 合并脾破裂及左肾挫裂伤后腹膜血肿 1 例, 合并小肠破裂及胰腺损伤 1 例; 同时合并 3 个脏器损伤(脾破裂、小肠破裂及颅脑损伤) 1 例。

2 结果

22 例患者术前经 B 超、CT 或诊断性腹腔穿刺检查疑诊为肝破裂, 均经剖腹探查确诊。患者肝破裂的手术方案包括单纯缝合修补术(14 例)、清创性肝切除术(6 例)及纱布填塞止血法(2 例)。存活 20 例(90.91%); 死亡 2 例(9.10%), 分别为肝破裂合并肝后下腔静脉破裂及肝静脉破裂, 均为术中大出血, 止血失败而死亡。发生术后并发症 6 例(27.27%), 其中肝破裂修补处再出血 1 例, 经保守治疗后腹腔引流管的引流量无进行性增加, 继续保守治疗 3 个月后痊愈; 肝内迟发性血肿 2 例, 动态观察血肿无进行性增大, B 超随访 2 个月后血肿吸收; 膈下脓肿 1 例, 肠梗阻 2 例, 均保守治疗获得痊愈。

3 讨论

肝脏损伤是腹部损伤中的一个严重问题, 肝破裂占腹部各种脏器损伤的 15%~20%^[3], 常发生严重出血、休克、胆汁性腹膜炎甚至危及患者生命。而单纯肝损伤的死亡率相对较低, 为 9%^[4]; 合并多个脏器损伤时, 死亡率可高达 50%^[4]。肝脏损伤时, 尽早作出诊断并及时手术是降低术后并发症及提高术后患者存活率的关键^[5]。本组患者并发症发生率为 27.27%,

[△] 通讯作者, Tel:13601680349; E-mail:luxdsh@163.com。

存活率为 90.91%，抢救成功率较高，这与现代影像学的快速发展及手术方式的改进有密切关系，它提高了疾病的术前诊断水平以及手术的成功率。

B 超能较准确地判断腹腔内出血，明确受损脏器^[6]，并且，便携式 B 超可在急诊室进行床边操作，简便易行，可多次重复检查，是肝损伤的首选辅助检查；CT 可明确肝损伤部位及损伤严重程度，但受到患者病情是否允许搬动的限制，严重的肝损伤患者，尤其合并其他脏器损伤的患者往往伴有失血性休克，情况危急，不适宜进行 CT 检查，本院曾发生严重创伤患者在 CT 检查过程中死亡的案例；当严重腹部损伤致病情危急时，采用传统体格检查及诊断性腹腔穿刺可快速对患者作出初步而较为准确的诊断^[7-8]，结合患者病史，如受伤部位、暴力大小、疼痛位置及程度等，对判断病情非常重要。如主诉为右肩牵涉性疼痛，应考虑可能为血液及血凝块刺激膈肌所致；腹腔穿刺抽出不凝血液可确诊腹腔内出血，对于昏迷怀疑腹腔脏器损伤的患者，腹腔穿刺尤为重要。本组 20 例患者经腹腔穿刺均提示腹腔积液。裘法祖^[9]认为诊断性腹腔穿刺在诊断闭合性腹部损伤中的阳性率达 90% 以上。进行腹腔诊断性穿刺时应注意，先让患者保持右侧卧位 2~3 min，穿刺点可选在麦氏点上方中腹部，抽吸力适中，以避免肠壁或大网膜堵塞针孔造成假阴性。作者认为对于严重肝破裂患者，不能完全依赖 CT 及 B 超的检查结果，情况危急时需当机立断，否则可能延误抢救时机。

严重肝破裂在积极抗休克、补液处理的同时进行手术治疗。术中根据肝破裂损伤部位、范围、腹腔污染程度及全身情况，采取迅速、有效的止血措施及手术方法，同时对合并伤的脏器作相应的处理。肝损伤常用的手术方法包括：(1) 肝单纯缝合。对肝脏裂伤不深、出血不多以及创缘较整齐的患者可行单纯缝合修补术，首先清除裂口内的血块，离断、坏死的肝组织，逐一结扎创面破裂的血管及胆管，避免形成血肿或胆漏。在进行破裂肝脏缝合前，采用带蒂大网膜填入裂口内，缝合打结不宜过紧，以丝线不切割肝组织为宜，缝合贯穿裂口底部，不遗留死腔，否则，术后易引起肝内血肿而导致感染或再次大出血，对肝包膜下血肿，应切开探查。本组 12 例采用该手术方法，其中 2 例修补后再出血形成肝内血肿，保守治疗 2 个月后血肿吸收。(2) 清创性肝切除术。对于大块肝组织损伤，尤其粉碎性肝破裂、无法修补且出血不止的患者，实施清创性肝切除是较好的抢救措施。手术以不规则性切除为主，即阻断肝门，吸净积血，将损伤和失活的肝组织整块切除，并尽量保留正常肝组织，创面胆管及血管均予结扎，采用大网膜填塞，并在创面附近放置双套管吸引，同时胆总管切开放置 T 管引流，以减低肝内胆管压力，从而减少肝创面胆瘘的发生。本组 6 例采取此法，

效果良好。如果对严重肝损伤采用规则性肝段与肝叶切除，往往需要较长时间来阻断肝门，还导致部分正常肝组织被切除，增加手术风险^[10]。(3) 肝周纱布填塞止血法。随着“损伤控制性手术”理念的提出，高效广谱抗生素的应用以及围手术期处理技术的提高，曾被摒弃的纱布填塞止血法重新得到重视。该法是用大网膜和可吸收性明胶海绵填入裂口，将长而宽的纱条按顺序填入裂口达到止血目的。对于裂口较深或肝组织已有大块缺损，而其他外科止血方法无效，又无条件进行较大手术的患者，应考虑采用该方法止血。难以控制的凝血障碍引起的出血是肝周纱布填塞止血法的绝对指征。本组 2 例患者成功采用纱布填塞止血。值得注意的是，在采用纱布填塞止血法时，应先将带蒂大网膜覆盖创面，再用纱布填塞，避免抽取纱布时引起再出血。

总之，对于肝破裂的诊治，时间至关重要，需尽早作出诊断并及时剖腹手术，术中探查肝破裂程度及是否合并其他脏器损伤，并予以相应处理。

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]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 502-503.
- [3] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 426-427.
- [4] 钱礼, 郑树森, 张启瑜. 钱礼腹部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 541-544.
- [5] 徐扎西. 外伤性肝破裂 12 例诊治体会[J]. 重庆医学, 1995, 24(1): 23.
- [6] 宗立水, 寇会玲. B 超和 CT 在腹部闭合性损伤诊断中的应用[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(2): 149.
- [7] 钱敏, 陆孝道. 腹腔穿刺术在腹部闭合性损伤中的应用价值(附 572 次腹穿分析)[J]. 外科理论与实践, 2000, 5(3): 197-198.
- [8] 潘光华, 葛体池, 郑旭东. 腹部闭合性损伤 178 例诊治分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(22): 2082-2083.
- [9] 裘法祖. 重视闭合性腹部外伤的几项简而有效的诊断方法[J]. 临床外科杂志, 2003, 11(4): 201.
- [10] 韦杨义, 周日光. 肝切除术治疗重度肝外伤 45 例的疗效分析[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(2): 97-98.

(收稿日期: 2011-03-10 修回日期: 2011-04-22)

(上接第 1602 页)

- [8] 黄杰, 肖少华, 陈勇, 等. McKenzie 法治疗颈椎病的临床疗效[J]. 中国康复, 2006, 21(3): 155-156.
- [9] 杨晓霞, 仇飞, 孟丽霞. 针灸配合麦肯基运动疗法治疗下腰痛[J]. 航空航天医药, 2008, 19(4): 238-240.
- [10] 纪树荣, 陆廷仁, 黄永禧, 等. 运动疗法技术学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004: 586-587.
- [11] 李清, 刘颖. 澳式手法与物理因子结合治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(7): 665-667.
- [12] 董勤建. 综合疗法治疗颈椎间盘突出症疗效观察[J]. 中

华中西医结合杂志, 2009, 7(2): 29-30.

- [13] 章岩. 交感型颈椎病的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(8): 768-770.
- [14] 王俊华, 徐远红, 李海峰, 等. 散刺联合本体感觉促进技术治疗踝扭伤的临床观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(2): 111-112.
- [15] Adler SS, Beckers D, Buck M. 实用 PNF 治疗[M]. 刘钦刚, 王冰水, 李玲, 等, 译. 昆明: 云南科技出版社, 2003: 131-142.

(收稿日期: 2010-11-24 修回日期: 2011-02-13)