维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002 年第 11 卷第 2 期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol. 11, No. 2

手术治疗 50 例外伤性肝破裂临床分析

王晓东 * 王海鹏 *

肝破裂在腹外伤中较常见，由于大量失血，病人常发生休克，甚至危及生命。我院自 1995 年 1 月至 2001 年 10 月共收治肝脏损伤 50 例，全部采用手术治疗，无一例死亡，仅有一例因再次出血转院治疗。本文总结在手术处理中的一些经验与教训。

一、临床资料

1.本组男 35 例、女 15 例。年龄最小 17 岁，最大 60 岁；平均住院日为 14d。

2.分类与复合伤情况：50 例中闭合性损伤 45 例，开放性损伤 5 例，单纯肝破裂 15 例，有合并伤 35 例，其中合并肋骨骨折 30 例，脾破裂 15 例、腹膜后血肿 10 例、肾挫裂伤 9 例、四肢骨折 6 例，颅脑损伤 10 例，小肠系膜损伤 7 例，膈肌破裂、结肠破裂、骨盆骨折、胃损伤等各 2 例。

3.肝破裂部位：全肝多发挫裂伤 2 例，右半肝伤 15 例，肝右前叶伤 12 例，肝右后叶伤 15 例，左半肝伤 3 例，肝左外叶伤 1 例，肝左内叶伤 2 例。挫裂伤长度（总和）> 10cm，深度 > 3cm。肝内出血者 30 例，星状破裂者 15 例，余为单一破裂口。

4.手术方式：肝破裂缝合 40 例次，带蒂大网膜填塞止血加明胶海绵 6 例次，肝动脉结扎 2 例次，切除性清创 6 例次。

5.治疗结果：治愈 49 例，因胆道出血转院治疗 1 例；无一例死亡。并发症：肺下脓肿 1 例，外伤性肝囊肿 1 例，胆道出血 1 例。

二、结果和讨论

肝外伤手术治疗的基本原则是控制出血，彻底清创及肝周充分的引流。早期明确诊断是提高手术治愈闭合性肝外伤的前提，开放性锐器伤诊断不困难，闭合性挫裂伤稍困难。我院外科根据受伤部位、体征、入院时所做的 B 超、CT 所提示的肝损伤，并进行诊断性腹腔穿刺抽出不凝血液进行上述材料综合分析，在尽快建立 2 ~ 3 条静脉通路，尽快恢复有效循环血容量，补充液体抗休克的同时进行急诊手术抢救。

1.关于手术切口的选择：常采用上腹正中切口，利于全腹探查，可根据肝损伤的情况随意向各方向延长切口，必要时可做胸腹联合切口。

2.几种止血方法的应用：迅速有效的止血是治疗首要任务。本组全部采用以左手捏紧肝十二指肠韧带的方法暂时止血，同时吸尽腹腔内积血，如再出血以纱布垫暂时压迫止血，加快输血输液速度，情况稳定再探查。一般凝血块最多处即为肝损伤处。全面探查肝脏，显露病灶，根据肝破裂位置、深度，有无肝静脉腔静脉损伤，决定是否需要切断肝周韧带及加做胸腹联合切口，采取何种方法止血较为合理呢？本文认为以下几种止血方法可供采用。(1)肝修补缝合：以大圆针粗丝线向肝裂口深部缝合，使两创缘靠拢不留死腔，此为简单迅速有效的止血方法，本文缝合 40 例次，均获满意的止血效果。先控制肝蒂，用指捏法将创口周围正常肝实质分开扩大伤口，暴露出血点，直视下结扎血管及胆管后再作缝合，对预防出血、胆瘘、感染等均有重要意义。(2)带蒂大网膜填塞加明胶海绵止血：如果缝合创缘不能对合时，在直视下结扎血管、胆管后，用大网膜填塞创口内，再缝合。本组以带蒂大网膜填塞并用丝线做裂口缝合 6 例次，裂口创面用明确海绵覆盖固定。填塞消灭死腔，减少并发症促进组织修复。术后并发囊肿一例，保守治疗。(3)肝动脉结扎治疗肝外伤：本组共行肝动脉结扎 2 例次，均属于肝破裂广泛不易缝合，或缝合后仍有活动性出血，不能耐受肝叶切除等较复杂手术的患者，1 例结扎肝总动脉治愈。1 例结扎肝右动脉，因胆道出血转院治疗。(4)切除性清创术：复杂性肝外伤，如星状破裂伤，多发破裂伤等有较大范围失活的肝组织或肝碎片相连，尤其是右后叶上段的星状破裂常合并肝内血肿，对此类损伤采用清创性肝切除术，破裂到哪里就切到哪里，手术简单，止血可靠，可以避免继发性出血，预防形成脓肿或胆瘘。本组行 6 例次，均达到即刻止血效果，无 1 例发生并发症。方法是先游离有关的肝周韧带，然后用手握住肝脏以指折技术离断失活的肝组织，切面缝合止血后予以敞开或用一片带蒂大网膜覆盖，裂口不作靠拢缝合，断面处放一根双套管引流。创面有渗血，可以用热盐水纱布压迫而达到止血目的或用刀烧烫止血。(5)纱布填塞：本组病例未用此方法，但有文献报道此方法也可以取得暂止血效果，在 3 ~ 5d 后取出，未发生感染和出血。本文认为在血源困难或病情突变，医疗条件有限时可采用此法。

3.重视合并伤的处理及并发症的防治：本组有合并伤 35 例，占 70%，为此应特别注意对合并伤的处理，如：其他脏器损伤的修补、骨折的固定等。为便于术后观察在肝损伤周围放置引流管，对减少并发症，防感染有重要意义。本组病例分别于膈下、肝断面旁放置双套管引流持续或间歇负压吸引，由于清创止血彻底，术后引流量均不多，术后 3 ~ 5d 拔管。结果仅一例并发膈下脓肿，经 B 超引导下经皮穿刺引流后，加强全身支持治疗后痊愈。

4.术后辅以静脉高营养疗法是非常重要的，肝脏受伤后，常可引起肝功能不全，保护重要脏器功能和营养是非常重要的。因此应根据病情和术后肝功能的损害程度，采取以下措施：如加大吸氧，每日从静脉输入一定的葡萄糖、氨基酸、多种维生素、脂肪乳、生理盐水及微量元素，保证足够的热量；间断输血及血浆、白蛋白等促进创口愈合和支持脏器功能，使患者尽快康复。本组患者均采用了不同程度上述治疗方法，取得了满意的效果。

（收稿日期：2002 - 01 - 23）

* 作者单位：111300 辽宁省灯塔市中心医院普外科