维普资讯 http://www.cqvip.com

231-232 对外性 肝破裂 对外手术 治疗 7

外伤性肝破裂外科治疗体会

楚振民* 金锡尊**

R657.320.5

肝外伤均系钝性暴力损伤所致，其损伤较开放性损伤为重，预后较劣。现将我院1996年1月～1998年1月经手术治疗者40例分析如下。

一、资料和方法

男性30例，女性10例，最小年龄5岁，最大年龄66岁，20～40岁者18例，占45%。

本组病例均为外伤性肝破裂伤，其损伤部位右叶33例，左叶5例，方叶1例，舌叶1例。外伤种类挤压伤27例，摔伤11例，踢伤2例。合并其它脏器或组织损伤者3例，其中合并骨折10例，腹膜后血肿者11例，右肾损伤2例。

本组病例中因损伤较重，就诊时间较晚，最长者达伤后三天来院诊治，故预后较差。

二、结果和讨论

1. 及时诊断是提高本病治愈的关键：外伤性肝破裂除伴有致命的合并损伤外，主要死亡原因为出血性休克，因此，及时诊断迅速止血极为重要。贯通伤或刺伤而伤及肝脏者诊断较易，但在钝性暴力伤时，常因体表组织完整而忽视肝脏损伤。据有学者调查[2]前胸及上腹部外伤63%发生肝脏损伤。本组中有8例因上腹部钝性伤在外院未能及时明确诊断而延误病情，待已表现为失血性休克时才转至我院。为提高本病的及时诊断，我们体会：①对右上腹部或前胸部外伤者应注意肝外伤之可能，应密切注意血压及血象的变化，外伤后短时间内输血600～1000ml未能提高和稳定血压者，应争取早期剖腹探查作到及时诊断和治疗；②近年来有些学者采用同位素扫描、肝动脉造影、腹腔冲洗等方法，腹腔穿刺法简而易行，是一种有效的辅助诊断措施，本组病例均行右下腹部诊断性穿刺抽出血样液体，且凝置不凝而明确诊断；③对诊断尚难明确者，可行B型超声检查。此法对病人无损伤，且可及时发现肝裂伤的部位大小以及肝实质损伤的范围等，对本病的诊断及预后颇有帮助。

2. 及进纠正休克，补充血容量：外伤性肝破裂，常因出血而致失血性休克。本组病例伤后腹腔积血1500ml以上者共22例，占55%，故应在快速补充血容量的同时，亦应抓紧时机进行手术治疗。

3. 及时有效的止血是抢救生命的重要手段：肝外伤由于腹腔内存在大量积血，开腹后即忙于探查肝外伤及清除伤面之血凝块面致再次出血。本组有1例因探查后发现肝左外段完全断裂伴左肝静脉损伤，去除血凝块后再出血而难以控制。我们认为在腹腔内有大量积血者，不要急于清除肝外伤周围的血凝块，应先妥善控制肝蒂、防止再出血，其控制方法可用Satinsky钳或手指压迫法，每次阻断肝蒂以不超过15分钟为宜。待肝蒂控制妥善后，使患者血压上升，并趋向稳定再行清除肝损伤处之血凝块，妥善止血缝合肝脏。但此法对合并肝静脉损伤仍难以收效。凡损伤近于第二肝门者，应扩大手术切口（如胸腹联合切口等），充分暴露，且有效控制上下腔静脉后，再清除血凝块，设法缝合或其它处置。

4. 彻底清创，结扎胆管：对损伤严重、位置较深的肝外伤，在妥善止血的同时，应对严重损伤的肝组织予以切除。否则会发生持续性出血或继发性出血或胆瘘感染等并发症。我们认为在损伤严重、裂伤较深、波及胆囊床者，可切除胆囊，从胆囊颈管处置管于胆总管（也可切开胆总管置管），加压注入生理盐水，观察创面有无漏液现象，以便及时发现断裂的胆管，予以缝扎。缝扎时并应注意将并行的血管一同缝扎。胆总管亦可行引流减压，有利于损伤胆管的愈合，但要防止由于胆总管引流而致的上行感染。本组1例因裂伤严重，失血过多，生命垂危，术中仅作止血处理，未能及时发现断裂的胆管，术后发生胆瘘，经再次手术而愈。

5. 彻底闭合肝脏的创面：本组病例对肝脏的损伤处，分别缝扎创面上的血管和胆管并用5号结扎线对肝裂口作间断褥式缝合，进针应在创缘1～1.5cm处，横贯创底，以防创内留有死腔，闭合创面。对裂口较深或近肝门的裂伤，横贯创底困难者，可于创缘深处填塞

* 作者单位：155700 黑龙江省铁河县红旗岭农场职工医院

** 佳木斯医学院附属医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

带蒂的大网膜或明胶海绵，彻底闭合创面，以防术后发生肝内血肿、感染、胆瘘及胆道出血等。我们不主张单纯用纱布填塞法进行肝脏裂伤的处理，此法弊多利少，且常常于拔出填塞的纱布时因粘连易造成新的损伤而出血或胆瘘。

6. 妥善引流：肝脏创面妥善缝合后，在肝脏下缘置橡皮管负压引流。这样既可及时吸出渗液，减少膈下或腹腔的积液或感染外，又能及时发现继发出血或胆瘘的发生，以便及时妥善处理。本组中1例手术后经负压吸引有新鲜血吸出，经再次手术，证实肝外伤边缘有一活动性出血，经缝合止血后痊愈出院。

（收稿：1998－05－06）

膝关节内游离体 232 X线导向 关节镜 治疗 R687.4 R684.05

X线导向下关节镜治疗膝关节内游离体

李 伟* 刘家滨* 李 俭* 张震宇*

本世纪70年代，随着医学科学的发展，X线介入治疗在许多领域得到广泛应用，这无疑促进了临床医学的发展。关节镜外科也已有30余年历史，80年代初于我国一些医院相继开展，我科于1991年正式开展后，在临床上做了一些工作，取得了一定的经验。

本文就关节镜技术与X线导向相结合应用于膝关节游离体患者的手术效果进行了应用观察，取得了满意效果。关节内游离体是骨科常见病，以往多通过手术治疗，但手术治疗损伤大，恢复慢，故此影响手术效果；关节镜技术的应用克服了上述缺点，但关节镜操作的局限性又降低了手术的成功率。我们通过本组病例的观察，认为X线与关节镜操作相结合克服了上述缺点，保证了手术效果又体现了无创外科理论。

一、资料与方法

1. 临床资料：本组病例共21例，男13例，女8例，年龄最大者57岁，最小者16岁，平均年龄28.3岁。

2. 操作方式：术前患者常规摄X线正侧位平片。患者平卧于木制手术台上，常规消毒铺巾，上屈止血带，膝关节内注生理盐水60ml。将带有"C"型臂的岛津WHA－10X线机置于手术台旁，于垂直及平行位置透视，监视器下最后确定游离体的部位，指导关节镜的方向，于内外侧膝眼分别打二小孔（关节镜孔及操作孔），插入关节镜进行操作；关节镜插入关节腔后，如寻找游离体有困难时，可随时开启X线机，追踪定位；关节镜操作完毕未拔出关节镜之前，再次于X线机下透视，以确定关节腔内游离体是否已被彻底取出。

二、结果和讨论

本组病例术后效果良好，无一例发生游离体遗漏或取出失败，采用X线导向正关节镜游离体取出术优于单纯的关节镜手术方式，克服了游离体游走而给手术造成的障碍。

其优点为：1. 定位准确：在X线机旋转透视下从三维上确定游离体位置，指导关节镜操作方向。2. 彻底：避免遗漏，尤其对于多个游离体的取出，游离体具有游走性，故此易遗漏，X线监视能及时确定游离体方位，大大提高了手术的彻底性。3. 省时：在定位准确的基础，可以直接探及游离体，既减少了探寻时间，又降低了操作带来的副损伤。

综上所述，本组应用X线导向下关节镜游离体取出术术后效果满意，手术操作简捷，是一种具有推广价值的方法。

参考文献

1. 董天祥，等. 膝关节镜半月板手术. 中华骨科杂志，1990，增刊，46.
2. 黄煌渊，等. 关节镜直视下半月板部分切除术近期疗效. 中华骨科杂志，1992，4：258.
3. 王立德，等. 关节镜下膝关节半月板手术. 骨关节损伤杂志，1996，11：3.
4. Simpson DA, et al. Open and Closed Meniscectomy. Bone Joint Surg (Br), 1986, 68: 301.

（收稿：1998－05－06）

* 作者单位：151001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床学院骨科