维普资讯 http://www.cqvip.com

20 创伤性膈疝 外科手术 8

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

创伤性膈疝 24 例手术治疗分析

中国医科大学第一临床学院外科 杨春明
辽宁省朝阳市第二人民医院外科 毕铁男
(辽宁沈阳,邮政编码 110001)

R655.605

我院从 1973 年 2 月至 1994 年 9 月共收治创伤性膈疝 24 例,治愈 22 例,死亡 2 例,术前早期诊断率 79.2%。就本组临床资料对创伤性膈疝的诊断和手术治疗进行分析。

临床资料

本组男 21 例,女 3 例,年龄 17～63 岁,24 例中车祸挤压伤 8 例,塌方挤压伤 2 例,坠落伤 3 例,刀刺伤 9 例,火器伤 2 例,开放性损伤 11 例,占 45.8%,闭合性损伤 13 例,占 54.2%。

合并有肋骨骨折者 14 例,骨盆骨折 3 例,四肢骨折 8 例,腰椎压缩骨折 1 例,脾破裂 5 例,胃肠破裂 6 例,肝破裂、脑挫伤各 2 例,尿道断裂 1 例,出现血气胸 16 例,重度休克 4 例,闭合性损伤中,膈疝位于左侧者 11 例,占 84.6%,右侧者 2 例,占 15.4%,24 例均经手术治疗,2 例死亡中 1 例死于急性呼吸窘迫综合症 ARDS,1 例死于严重的复合伤。

讨 论

一、诊断 创伤性膈疝的早期诊断是直接影响治愈率的关键,此类病人一般均有多发伤,病情危重,掩盖膈疝的症状及体征,极易误诊及漏诊,综合文献和我们的临床体会,有下列情况者应考虑膈疝的诊断:

(一)症状和体征:①胸腹部严重创伤,尤其是第 4 肋至脐之间的钝性伤及有可能伤及膈肌的锐器和火器伤者。②伤后呼吸困难、气短、发绀进行性加重,心率加快和血压下降者。③伤后出现腹痛、呕吐等消化道症状。④一侧胸痛向同侧肩部放射。⑤患侧胸廓隆起,叩诊呈鼓音或浊音,纵隔向健侧移位,胸部听诊呼吸音减弱或消失,或可闻及肠鸣音者。⑥开放性损伤,可探查伤道的走行方向,结合临床症状考虑有无膈疝。

(二)辅助检查:胸部 X 线摄片是诊断本病的重要手段。腹腔脏器疝入胸腔后,可见:①伤侧膈肌升高,膈影模糊并中断。②心脏纵隔向健侧移位。③膈上见气泡或密度增高影。④患侧出现线状或弧状肺不张,病情允许又有条件者,可行消化道造影及人工气腹等检查,有助于诊断,对高度怀疑膈疝又不能明确诊断时,谨慎的伤侧胸穿,若抽出血腥臭液或胃肠内容物即可确诊。

二、手术治疗 因膈肌裂口在膈肌不停运动情况下,无法自行愈合,而致膈疝,其绝无自愈可能,故一旦确诊立即应手术还纳内容物,修补膈肌,若延期至绞窄梗阻期手术,死亡率可高达 20.80%。

手术经路应视病情不同而决定,若有腹腔脏器大出血,应开腹探查止血,再还纳疝入胸内器官,修补膈肌裂口。若有胸部严重气胸或大出血,应开胸处理妥当后,再处理膈疝,术中若探查腹腔不利,可以腹部另作切口,而不宜行胸腹联合切口,对右侧膈疝及慢性期膈疝疑有疝内容物与胸内粘连者,以经胸为宜,本组 13 例经腹,8 例经胸,3 例经胸经腹。

三、经验与体会 ①对急性创伤性膈疝,严重多发伤掩盖其症状及体征,还有些病人早期亦无明显临床表现,要避免误诊及漏诊,需要医生高度警惕本病,谨慎、细致地对病情进行动态观察。如本组 1 例病人伤后出现轻微腹痛,8 小时后出现进行性呼吸困难伴腹膜刺激征,经手术治愈,证实为膈疝。②术中应常规探查双侧膈肌是否完整,避免漏诊,有时膈肌小裂伤及不完全裂伤为网膜、血块、脏器堵塞,缺少临床症状及体征,术中应注意发现,予以修补,以免胸腹腔压力增大后,产生迟发性膈疝。③术中应处理致命伤,采取先重后轻,术式力求简单有效,对年老体弱或术前心肺功能差者,手术更应以解决问题,创伤小为原则。

参 考 文 献

1. 黄家驷,吴阶平主编.外科学上册.北京:人民卫生出版社 1979;257.
2. 高品旗.创伤性膈疝 110 例临床分析,中华胸心血管外科杂志 1995;11(5)302～303.

(收稿日期:1997－03－24)

(上接 35 页)且残肝组织代偿性再生能力较强,故早期手术切除效果较好。据报告有手术后存活 16 年尚未复发者。本文例 3 由于家长忽视,未能及时就诊,而错过了早期手术时机,预后不良。因此,如能做到早期诊断,并能在术前、术后给予化疗和放疗,则可提高手术切除率,延长术后存活时间。

(本文承蒙叶光华教授亲自指导,在此一并致谢!)
(收稿日期:1997－03－05)

维普资讯 http://www.cqvip.com

儿童 肝母细胞瘤 CT
3好外手术

参 考 文 献

1. 胥少汀. 实验性脊髓枪伤的损伤机理和分型，中华外科杂志 1990;(10):588.
2. 王锡链，等. 脊柱火器伤并发截瘫的早期处理. 中华外科杂志 1982;(3):178.
3. 王正国. 第 34 届国际外科会议创伤部分简介，中华创伤杂志.
4. 吴阶平，等. 黄家驷外科学，第 5 版，人民卫生出版社 1992;659.
5. 薛庆澄，等. 神经外科学，天津科技出版社 1990;625.

(收稿日期:1996－11－25)

35,20 18

小儿肝母细胞瘤 3 例

兰州医学院第一附属医院普外科 翁伟建
广东省南海市中医院外科 侯培越
(甘肃兰州，邮政编码 730000)

R735.7

小儿肝母细胞瘤又称幼儿型肝细胞瘤，在临床上较为罕见。近年来由于血清甲胎蛋白的测定、B 超检查、肝血管造影以及 CT 扫锚的广泛应用，小儿肝内占位性病变的早期诊断率明显提高。切除成功率也随之提高。我院普外科自 1990 年以来共收治 3 例，现报告如下：

例 1. 男性，一岁零一个月，因上腹部肿块 18 天拟“肝脏肿瘤”转来我院。无发热，饮食及大小便均正常。入院体查：T37.2℃，一般情况良好，颈软，心肺无异常，剑突下略膨隆，可触及一约 6×7cm 大小之包块，质硬随呼吸活动，与肝脏界限不清，触痛压痛不明显，余无阳性发现。B 超：肝左外侧叶占位性病变。AFP 阳性(放射免疫法)。入院拟诊：肝脏肿瘤。

术中所见：于入院后第 8 天行剖腹探查术，术中见腹腔内无明显积液，肝左外侧叶脏面有一灰白色、不光整、质硬之肿块，约 7×6×6cm 大小，与周围脏器无粘连，肝右叶色质正常，其它脏器均未见异常。故行肝左外侧叶切除，术后恢复顺利，痊愈出院。病理报告：肝母细胞瘤(胎儿型)。

例 2. 女性，2 岁，因上腹渐增性隆起，右季肋下可及肿块一月以“上腹包块待查”入院。入院体查，T36.8℃，偏瘦，轻度贫血貌，颈软，心肺正常，右上腹肋下可扪及一约 8×8cm 大小之肿物，轻压痛，质硬、界不清，随呼吸移动，脾未及，腹水征阴性。B 超：肝右后外侧叶占位性病变。CT：肝右后外侧叶孤立性占位性病变。AFP1200ng/dl，肝功正常，

术中所见：于入院后第 6 天行剖腹探查术，术中腹腔内未见腹水，肝右后外侧叶下段有一约 8×8×6cm 大小之分叶状肿物，有包膜、质硬、尚光整、灰白色，故行肝右后叶切除术，术后恢复良好，痊愈出院。病理报告：肝母细胞瘤(胎儿型)，

例 3. 男性，8 个月，因右上腹肿块一月，无明显诱因发热，拒奶一周就诊。入院体查，T38.3℃，贫血貌，精神差，巩膜无黄染，心肺无明显异常，右上腹膨隆，可触及弥漫性肿大的肝脏，下缘达脐下 2cm，质地硬，欠光滑，有触痛，移动性浊音阳性。B 超：肝右前叶、肝左内叶及尾状叶处见 13×11×8cm 之不均质肿块。AFP856ng/dl，肝功基本正常，Hb8.7g/dl。入院拟诊：肝母细胞瘤。

术中所见：经剖腹探查手术治疗，术中见腹腔内血性腹水约 700ml，肝脏呈紫色、弥漫性肿大，左右叶之间可见一巨大肿块；整个肝脏表面均分布多个大小不等之结节，部分结节已破溃，似海绵血窦样。因病变广泛无法手术切除，故仅取 2 个结节活检后关腹，术后 3 天自动出院，3 周后死亡。病理报告：肝母细胞瘤(胚胎型)。

讨论：小儿肝母细胞瘤于 1896 年由 Walter 首先报道，是小儿肝切除术常见病变，是由肝脏胚基组织发生，主要由胚胎性肝上皮组织，间或含有软骨、骨样和胚胎性间叶组织所构成的一种小儿时期的肝脏恶性肿瘤。其发生率占小儿腹部恶性肿瘤的第二位，仅次于肾胚胎瘤。且几乎全部发生于婴幼儿，据 Kasai 等报告近 90%的患儿年龄小于 3 岁，国内文献报告最小年龄患儿为妊娠 32 周早产儿。本文 3 例均小于 3 岁。

文献资料报告本病多侵犯肝右叶，经半数不到的病例侵犯两叶成为多中心型。其病理特点是肿瘤发生于肝脏胚基组织，且不伴有肝硬化，可分为胎儿型、胚胎型、混合型及未成熟型。临床早期病儿一般状态多较好，肝功多在正常范围，血清甲胎蛋白试验阳性，有的仅发现右上腹包块。但至晚期则可出现黄疸、腹水、发热等，如本文报告例 3。应用 B 超、肝同位素扫锚、AFP 测定、CT 等项检查，将有助于早期诊断，但确诊仍有赖于组织学检查。因肿瘤多呈巨块型生长，又不伴有肝硬化改变，因此可切除肝组织达 70～80%，(转 20 页)