DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.023

经验交流

严重肝外伤合并肝门胆管损伤的外科治疗

钱光相 张全周 李智华 刘永雄（西南医院 肝胆外科）

严重复杂肝外伤治疗困难，死亡率高达20%～50%[1][2]，其早期多因并发内脏伤血管损伤而死于出血性休克。合并肝段下腔静脉、主肝静脉损伤，目前抢救成功率低，死亡率可高达80%以上[3]；如合并肝门部胆管损伤未及时处理可形成胆瘘、肝门胆管狭窄等严重并发症。本文介绍我院1974年～1986年28例严重肝外伤中并发胆瘘、胆管狭窄5例的治疗经验，并探讨肝门部肝外伤合并肝门胆管损伤的治疗。

本组28例严重肝外伤27例合并休克，9例严重休克者手术证实7例有大血管伤，死亡5例。28例合并腹内脏器伤32个；行右半肝或右肝叶切除9例，左半肝切除1例，肝裂伤修补术18例；再手术病例多为肝门部损伤合并胆管损伤病例。共死亡8例（死亡率28.5%）。并发胆瘘11例，其中6例经一般处理，胆瘘于2月内愈合；另5例为肝门部肝外伤，损伤主要肝胆管并发胆瘘（附表），除1例入院早期手术治愈；其余4例均发生多种严重并发症，1例死亡，3例经2年分别施行5次～9次手术；2例已治愈，另1例仍遗留胆瘘未愈。

附表 肝外伤合并肝门胆管损伤外科治疗及结果

例	损伤部位	首次手术	术后并发症	再手术	最后诊断	末次手术	结果
1 男 27岁	肝正中裂裂伤，左、右肝胆管破裂	肝裂伤修补大网膜填塞总胆管引流肝门区引流	膈下、肝下脓肿，胆瘘，十二指肠瘘粘连肠梗阻	膈下及腹腔脓肿引流4次，胆瘘修补术	胆瘘右肝管十二指肠瘘，左右肝管狭窄，胆汁肝硬化，门脉高压	十二指肠瘘修补、左右肝管狭窄切开、左右肝管空肠吻合、左肝管U管支撑	治愈
2 男 28岁	右后叶至肝门裂伤，右肝管断裂	肝裂伤修补术	胆汁性腹膜炎右膈下脓肿腹腔脓肿，胆瘘，阻塞性黄疸	膈下及腹腔脓肿引流7次	右后胆管断裂右后叶溃烂通向脓腔，右前叶胆管狭窄	左右肝管-胆囊-胆总管-空肠吻合，右肝管T管引流、胆总管引流	治愈
3 男 23岁	肝正中裂裂伤，左、右肝管及肝总管破裂	肝裂伤修补止血、纱条填塞	胆汁腹膜炎，膈下脓肿，肝裂伤继发出血	腹腔及膈下引流、填塞止血	胆总管、右前后叶胆管断裂，肝断面出血，胆瘘、空肠瘘	肝动脉结扎，左右肝胆管引流，肠瘘关闭	好转（胆瘘待手术）
4 男 18岁	贯通胸骨、心包、膈肌，经左内叶膈面，自右前叶脏面穿出	肝清创止血，右肝管修补，胆管引流，膈肌修补，胸腔心包引流	胆瘘		右前肝管伤		治愈
5 男 30岁	肝正中裂裂伤，右肝管断裂，右门静脉肝动脉损伤	缝扎止血、大油纱布填塞	胆汁腹膜炎，继发出血，肝方叶尾叶坏死	右半肝切除右肝管结扎血管缝扎止血	胆瘘，膈下积液，肝断面出血不止	右肝动脉右门脉干结扎，肝断面切除	死亡

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

讨论

胆汁瘘及膈下感染是严重肝实质挫裂伤或肝门部胆管损伤的常见并发症，前者多由于严重肝挫伤或深部肝裂伤，损伤肝内小胆管，或损伤肝实质坏死、继发感染伤及小胆管形成胆瘘，此类胆瘘经过胆总管引流或胆囊造瘘，肝创面及胆瘘局部的充分引流和抗感染治疗，使胆管水肿炎症消退胆管引流通畅，随损伤肝实质逐渐愈合修复，损伤的肝内小胆管闭合，临床引流胆汁量逐渐减少，常于伤后半月～1月愈合，本组11例胆瘘中6例经上述方法处理先后于2月内愈合。由肝门部肝挫裂伤合并肝门主要胆管损伤，首次手术仅用一般方法而未精心修复和引流损伤的胆管形成胆瘘后治疗困难；由于大量胆汁潴留于肝门区及膈下，常可并发严重感染及肝胆管炎，局部引流不畅胆管炎可反复发作，久之可导致肝门胆管狭窄等一系列并发症，为严重肝外伤处理的难题之一。

肝门部肝外伤
⇓
肝门胆管损伤→胆汁性腹膜炎
⇓
胆　汁　瘘　→肝下、膈下脓肿
⇓
肝内胆管炎
⇓
高位胆管狭窄
⇓
胆汁肝硬化、门脉高压

肝门部肝挫裂伤合并肝门胆管破裂，常门静脉肝动脉支损伤而招致大出血；首先止血是抢救伤员生命的关键，此等出血通过间断阻断肝门，进行肝动脉或其分支结扎，损伤门静脉进行缝合修补，止血多可奏效；由于肝门部严重损伤合并肝门胆管损伤及大出血，致肝门解剖不清，胆汁分泌减少或停止，又未重视探查胆道而遗漏了肝门损伤胆管的处理；有的病例虽已发现肝门胆管破裂但未进行合理处理，导致出现肝下膈下感染、胆瘘等一系列并发症。本组5例中仅例4伤后15h入我院，在首次手术时详细探查发现石块贯通胸骨心包膈肌，经左肝内叶及[illegible]脏面穿出，损伤右前叶胆管，经清创止血，膈肌修补，心包胸腔引流，肝管缝合修补及胆总管引流，术后并发胆瘘经3月治愈，术后胆道造影正常。例5为拖拉机撞伤，在外院手术[illegible]内积血3000ml，右肝断裂，肝门部严重出血，经缝合止血及大油纱布填塞，剖口[illegible]流出血液及胆汁乃转入我院，再手术见肝正中裂断裂，肝右动脉门静脉破裂出血，右肝管断裂，方叶及尾叶坏死，肝门严重炎症水肿，行右半肝切除，术后并发胆瘘。术后[illegible]又继发大出血；第3次手术见肝门区及断面广泛渗血及小动脉出血，结扎右肝动脉及门脉右干未能止血，再切除肝断面亦未控制出血，共输血11000ml于术中死亡，此例首次手术若能在止血后引流胆管可能免于并发胆瘘及感染而导致肝断面继发大出血。例1～例3均为肝门部挫裂伤合并肝门主要胆管断裂，外院首次手术均未处理损伤胆管。例1进行膈下、腹腔脓肿引流及胆瘘修补术[illegible]次失败，并发左右肝管狭窄，胆汁性肝硬化及门脉高压转入我院，行肝门胆管狭窄切开整形及肝胆管空肠吻合术，于伤后历时2年治愈。例2为右肝管及右后叶胆管断裂所致胆瘘，在外院行膈下及腹腔脓肿引流术共7次，胆瘘不愈又并发右肝管狭窄，转入我院时严重黄疸及化脓性胆管炎，再手术见右肝管前后支断裂并狭窄，右后叶溃烂通向膈下脓腔，行右前后叶胆管切开整形及左肝管切开，肝胆管-胆囊-胆总管空肠吻合术，至术后8月(伤后2年零2月)痊愈。例3为肝门裂伤及肝总管右前后叶胆管断裂，肝裂伤修补术后并发胆瘘、膈下感染，肝门断面出血、空肠瘘，频繁发作化脓性肝胆管炎，全身情况极度衰竭，行大力抢救，多次脓

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肿引流术，肝动脉结扎术，左右肝管引流术及空肠瘘关闭术，病情趋向稳定，胆道引流通畅，全身情况仍差，有待进一步择期手术。

上述5例经验教训说明，肝门部肝外伤并肝门胆管损伤，必须针对损伤胆管进行合理手术，常可避免由于胆瘘、肝门及膈下感染所致一系列严重并发症，故首次手术十分重要；如一侧肝管损伤不重，可行肝胆管缝合修补及导管支撑，胆总管引流，可望顺利修复；如肝胆管损伤严重，管壁破裂缺损较多者，单纯修补将导致胆管狭窄，可利用胆囊或带血管蒂空肠片修复缺损胆管壁和胆管引流，可获良好效果；肝门胆管完全断裂，应行近侧胆管空肠吻合术。肝门部左右肝管断裂，肝实质损伤不严重，无肝切除术指征，可行左右肝管空肠吻合及左右胆管T管引流或细尿管支撑引流，在损伤肝胆管内径较细病例，在肝胆管内置支撑管引流下及充分肝门部负压吸引引流，发生的胆瘘常可自行愈合。如在伤后3天以上，局部炎症水肿严重或不具备作肝门胆管内引流的技术条件，必须行肝胆管外引流和保持肝下充分引流，使之形成局限外胆瘘，可防止肝门区严重感染及胆管狭窄，为再择期行肝胆管空肠吻合术创造条件。

肝门部肝实质损伤严重，伤及一侧主要肝管及血管者，条件许可行半肝切除术较合理，本组例2例5均适应行右半肝切除，可能会避免发生一系列严重并发症和免于死亡。如无条件可在纱布填塞止血，立即转至条件较好医院彻底治疗。

肝门部肝外伤并胆管损伤所致胆瘘及肝门胆管狭窄的晚期病例，严重黄疸，尤其并发胆汁性肝硬化及门脉高压者，再次手术十分困难，须对病情作全面了解和充分术前准备，并根据病员胆管炎发作情况，黄疸及肝功损害程度，肝硬化及门脉高压情况等决定一期或分期手术；如胆管炎发作频繁，黄疸及肝功能损害严重者，可先行简单肝胆管引流或PTCD，再择期行肝门胆管狭窄切开整形及胆管空肠吻合重建手术。

参 考 文 献

1. 钱光相，等。严重肝外伤的外科治疗。解放军医学杂志 1987；12:288
2. 陈 汉，等。肝损伤的处理。实用外科杂志 1985；11:562
3. Kudsk KA. Afrial-Caval Shunting (ACS) after trauma. J Trauma 1982;22:81

（收稿：1989.07.06；修回：1990.07.07.）

骨软骨瘤所致脊髓压迫症

周仲安 王家瑚（西南医院 骨科）

骨软骨瘤是1种最常见的良性骨肿瘤，多发于四肢长骨端，但发生在脊柱而压迫脊髓者则较少见。本院10年内仅收治2例，经手术切除效果满意。

例1 毛某，男，49岁。左侧胸背部疼痛4年，发现背部包块及双足趾麻木1年半，于1981年10月26日入院。检查：胸椎2～胸椎3左侧棘突旁有鸡蛋大小包块，质硬、不活动，无明显压痛。T_5～L_1平面以下左侧触觉及痛觉较右侧明显减退，双下肢肌张力正常，双侧膝及跟腱反射亢进，巴彬斯基征（－）。X线片示T_3～T_4左侧胸肋关节有明显骨质破坏，上下关节突骨密度减低。胸透（－）。实验室检查：AKP9.5单位，腰穿脑脊液清亮，潘氏试验（－），脑脊液糖3.17mmol/L，蛋白400mg/L、氯化物125.1mmol/L。奎肯氏试验椎管通畅。于1981年11月11日在全麻下进行肿瘤切除。术中见肿瘤有完整包膜，呈卵圆形，约7 cm×6 cm×4 cm大小，有囊性感，位于T_3左侧椎弓根及小关节突处。从瘤体基底连同左侧T_2～T_4椎板，椎弓

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net