

非手术治疗闭合性肝外伤分析 21例

孙学工,王贵和,赵铁军

(安徽省铜陵市人民医院普外二科,安徽 铜陵 244000)

摘要:目的 总结闭合性肝外伤的非手术治疗经验。方法 对 1994年 1月~2004年 12月采用非手术治疗的 21例闭合性肝外伤的临床资料进行回顾性分析。结果 21例均痊愈出院。非手术治愈 19例(92.5%),2例因在非手术治疗期间出现血液动力学不稳定或延迟性出血而中转手术治愈。结论 在严格掌握适应症和密切动态观察伤情变化的条件下,非手术治疗闭合性肝外伤是安全可行的。对非手术治疗期间血液动力学不稳定或延迟出血者应及时手术。
关键词:闭合性肝外伤;非手术治疗

Nonoperative management of closed hepatic injuries: an analysis of 21 cases

SUN Xue-gong, WANG Gui-he, ZHAO Tie-Jun

(Department of General Surgery, People's Hospital of Tongling, Tongling 244000, China)

Abstract: **Aim** To summarize the experience of nonoperative management of closed hepatic injuries. **Methods** The clinical data of nonoperative management of 21 cases with closed hepatic injuries from January 1994 to December 2004 were retrospectively analysed. **Results** 21 cases were all cured. 19 cases (92.5%) were cured by nonoperative management, while 2 cases were cured by operation due to the occurrence of unstable hemodynamics or delayed hemorrhage during the period of nonoperative management. **Conclusion** The nonoperative management of closed hepatic injuries was safe and available, when indication was strictly controlled and change of injury condition was constantly observed. The operation should be promptly performed when the patient's hemodynamics was unstable or delayed hemorrhage occurred during the period of nonoperative management.

Key words: Closed hepatic injury; Nonoperative management

闭合性肝损伤的传统处理一直是手术治疗。近 20年来,随着人们对肝外伤修复机制认识的逐渐深入和 CT等影像学技术的发展,国内外对闭合性肝外伤采用非手术治疗屡获成功。我院 1994年 1月~2004年 12月采用非手术治疗闭合性肝外伤 21例,现根据临床资料报道如下。

3 讨论

经尿道前列腺电切术(TURP),由于手术时间短,创伤小,目前已广泛用于临床,而 CSEA 技术自从 1981年 Brownridge首次应用于产科麻醉以来,具有起效快,镇痛肌松完善,可控性较好,同时兼有腰麻和硬膜外麻醉双重优点^[1]。近年来,国内也越来越多地将 CSEA用于下腹部和下肢手术,由于一次性腰硬穿刺包中的 25G细腰穿刺针是从硬膜外针中进入蛛网膜下腔,减少了多点穿刺,并且由于腰穿针细,为笔尖式针头,可以纵向分开硬脊膜纤维,改变了以往腰穿针切割式通过硬脊膜,这样术中病人脑脊液丢失少,可避免术后头痛的发生^[2]。本组 20例 CSEA组术后随访无一例术后发生头痛,本研究通过 CSEA和 CEA两种麻醉方法在 40例 TURP术中的比较,CSEA组较 CEA组在麻醉平均起效时间,牵拉反应、肌肉松弛满意度、术中辅助用药等方面均明显优于 CEA组,而且 CSEA组病人 SBP下降 术前基础值 30%例数和术中使用的麻黄碱例数并不比 CEA组多,这可能是腰麻药的用量少,有效的静脉通道的开放,术中充分供 O₂等有关。

CSEA 麻醉操作技术要求高,由于 25G腰穿针细、针孔小,脑脊液外溢慢,腰穿针进入蛛网膜下腔后常需 30~40 s后脑脊液才能溢出。见到脑脊液后,需严格控制注药速度,一

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 21例,男 16例,女 5例,年龄 13~65岁,平均 37.8岁。致伤原因包括车祸伤 14例,坠落伤 3例,压砸伤 2例,拳击伤 2例。单纯性肝外伤 9例,合并四肢骨折 7例,骨盆骨折 2例,肋骨骨折或 和血气胸 4例,头颅损伤 3

般以 20~30 s注完为宜,过快注药麻醉平面易过高,拔出腰穿针后,应立即置入硬膜外导管,以免腰麻平面固定于一侧。

由于前列腺增生病人术后易因膀胱无抑制性收缩和膀胱冲洗,导致剧痛和膀胱继发性出血,所以术后常规保留硬膜外导管行有效镇痛^[3],PCEA泵中氟哌啶可减少吗啡使用后的恶心呕吐发生率^[4],布比卡因可阻断脊神经的传导。总之,CSEA较 CEA有起效快、肌松好、痛觉阻滞完善,可行术后 PCEA镇痛,是一种值得临床广泛使用的麻醉方法。

参考文献:

- [1] Brownridge P. Epidural and subarachnoid analgesia for elective caesarean section [J]. *Anaesthesia*, 1981, 36: 70.
- [2] Halpern S, Preston R. Postdural puncture headache and spinal needle design: metaanalysis [J]. *Anesthesiology*, 1994, 81: 1376 - 83.
- [3] 江敦勤,梁法政,夏晓琼,等.前列腺切除术后硬膜外留置镇痛 [J]. *安徽医科大学学报*, 1998, 5: 386.
- [4] 张秀华,黄宇光,赵 熙,等.氟哌啶与枢复宁减少术后 PCA 恶心呕吐的临床观察 [J]. *中国疼痛医学杂志*, 1999, 3: 22.

(收稿日期:2005-04-29)

例,左肾挫伤 1例。

1.2 诊断及伤情分级 全组患者均有明确的外伤史,上腹部疼痛及肝区叩击痛,但均无明显腹膜炎体征。21例均行腹部 B超检查,20例提示肝破裂,1例 B超检查显示不清;行 CT检查,18例均证实肝损伤;行诊断性腹腔穿刺,阳性 15例。入院时所有病例血流动力学均稳定。按美国创伤外科学会(AAST)1994年修订的分级标准,Ⅰ级 10例,Ⅱ级 7例,Ⅲ级 3例及Ⅳ级 1例。

1.3 治疗方法 严密观察伤情变化:入院 48 h内每小时监测一次血压和脉搏,尔后改 2~4 h测 1次,每天测血红蛋白、红细胞压积及白细胞总数,严密观察腹部体征变化;建立畅通的静脉通路,纠正电解质紊乱,输血,应用止血药物,预防应用抗生素,加强营养支持;72 h内每日复查 CT或床边 B超,以后每周复查 1次,观察肝脏外伤愈合及腹腔积血吸收情况;绝对卧床休息 2周左右,出院后 3个月内限制剧烈活动,半年内避免重体力劳动。

2 结果

本组 21例均痊愈出院。其中非手术治疗 19例,中转手术治愈 2例,在非手术治疗的 19例中,15例未输血,4例输血均为 400 ml。中转手术 2例,其中 1例为 13岁患儿,AAST分级Ⅱ级,于入院后第 6天下床时摔倒而诱发再次出血,急诊行手术修补治愈;另 1例为Ⅲ级肝损伤患者,入院后经补液输血等治疗,6h后出现血液动力学波动,而中转手术治愈。发生并发症 2例,均为右侧胸腔积液,后经保守治疗治愈。住院 12~33 d,平均 16.7 d。

3 讨论

肝外伤治疗的传统观点是手术。70年代有个别报道非手术治疗闭合性肝外伤,但未引起注意,80年代小儿肝外伤的非手术治疗获得大量成功,成为一标准的处理方法,90年代成人肝外伤非手术逐渐增多,约占闭合性肝外伤的 24~55%,也有报道高达 82%^[1-3]。非手术治疗应作为肝外伤后血液动力学稳定和无任何需急诊手术的腹内合并症患者的首选治疗方法^[7],初期非手术治疗仅限定在Ⅰ~Ⅱ级损伤中,近来资料显示在Ⅰ~Ⅱ级病人中,若血液动力学稳定也能采用非手术治疗,Pachter等报道^[1],非手术治疗 404例闭合性肝损伤成功率达 98.5%,其中 14%(58例)是Ⅰ、Ⅱ级损伤。肝外伤采用非手术治疗的依据是:由于肝脏解剖学原因及自行止血的机制,86%的肝外伤在手术时已停止出血,无需作进一步的外科处理,在临床实践中也屡次得到证实。B超和 CT能准确判断和监测伤情,为是否选择非手术治疗及治疗过程中动态观察提供可靠依据。非手术治疗输血少,住院时间短,患者及家属更易接受。

非手术治疗肝外伤的关键是必须严格掌握适应证^[4,5]。根据临床体会并参考有关文献,我们认为按以下标准选择非手

术治疗患者:入院时或经中等量输液后能维持患者血液动力学稳定,无或仅有轻微的腹膜炎体征,无需手术治疗的腹腔其它脏器损伤,肝损伤程度为Ⅰ~Ⅱ级(AAST分类法),腹腔内积血量 <500 ml,因肝外伤所需输血量 <2单位。对于Ⅰ、Ⅱ级肝外伤选择非手术治疗应慎重,尤其是合并休克表现者,非手术治疗的成功率低,危险性较大。本组 1例Ⅲ级肝损伤因患者及家属拒绝手术而采用非手术治疗,经输血补液,6 h后血液动力学波动明显,B超复查腹腔内大量积血而中转手术。

严密观察和动态监测伤情变化是非手术治疗肝外伤的重要措施。在各种监测手段中,对血液动力学的监测尤为重要,其稳定与否可作为决定是否中转手术的标准之一。在非手术治疗期间,还应动态监测血常规及红细胞压积等指标,注意腹部体征变化,定期复查 CT或 B超。如患者短时间内出现腹胀,减少输液或输血即难以维持血液动力学稳定,B超或 CT提示伤情加重,即说明肝脏有继发性出血,应及时中转手术治疗,绝不能为追求非手术治疗而加强输血、扩容治疗,否则会延误手术时机而威胁病人生命安全。

非手术治疗肝外伤的最大危险是延迟性出血。Pachter等报道^[6]495例成人肝外伤采用非手术治疗,28%的患者发生延迟性出血而中转手术治愈,本组 1例发生延迟性出血。一般认为肝外伤延迟性出血多发生在伤后 2周内,且多与腹内压突然异常增加,剧烈活动或再次外伤有关。故我们主张在非手术治疗期间应绝对卧床休息 2周,避免腹内压增加,3个月内避免剧烈活动,半年内避免重体力劳动。如发生延迟性出血应立即中转手术治疗。

参考文献:

- [1] Pachter HL, Knudson MM. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicenter experience with 404 patients[J]. Trauma, 1996, 40: 31.
- [2] Boone DC. Evolution of management of major hepatic trauma: identification of patients of injury[J]. Trauma, 1995, 29: 344.
- [3] Carrillo EH, Platz A. Nonoperative management of blunt hepatic trauma[J]. Br J Surg, 1998, 85: 461.
- [4] 王振杰,陈规划.闭合性肝外伤的治疗[J].肝胆外科杂志,1997, 6: 378.
- [5] Hawkins ML. Nonoperative management of liver and/or splenic injuries: deflection resident surgical experience[J]. Am Surg, 1997, 64: 552.
- [6] Pachter HL, Hofstetter SR. The current status of nonoperative management of adult blunt hepatic injuries[J]. Am J Surg, 1995, 169: 442.
- [7] 杨鹏鸣,谈平原.肝外伤 156例治疗分析[J].腹部外科,2001, 2: 118.

(收稿日期:2005-03-30)