

肝外伤急诊手术后再次手术 2 例报道

畅银姝 王家祥

【摘要】 目的 探讨肝外伤急诊术后患儿再次外科干预的原因、手术方式及如何减少再次手术探查的发生。**方法** 2004 年 1 月至 2014 年 4 月我们通过再次手术治疗 5 例肝外伤急诊术后患儿。**结果** 5 例患儿初次急诊手术与再次手术时间间隔为 4 ~ 30 d, 平均为 11 d。肝外伤急诊手术后再次手术时间平均为 116.2 (80 ~ 170) min。再次手术无死亡病例。所有出院患儿均行门诊复查和电话随访, 随访时间为 2 个月至 10 年, 均经再次手术治愈。**结论** 肝外伤急诊手术后再次手术的原因包括疾病本身和手术操作, 术中谨慎操作, 细致探查是降低再次手术发生率的关键, 对肝外伤急诊手术术后患儿要严格随访, 正确处理并发症, 以减少术后不良事件的发生。

【关键词】 肝/损伤; 外科手术; 再手术

严重肝外伤往往出血快, 量大, 伴有胆漏, 病情发展迅速, 治疗中稍有延误, 就有可能导致患儿死亡, 为尽快抢救生命, 提高肝外伤的抢救成功率, 大多数肝外伤患儿在近距离医院急诊行初次手术, 术后因各种原因需再次手术治疗, 现报告 2 例肝外伤急诊手术后再次手术病例。

临床资料

病例 1, 男, 12 岁, 因骑电动车时摔倒, 车把撞击右腹部, 于当地医院急诊手术, 术中见肝左叶完全断裂, 已坏死, 行肝左叶切除术, 门静脉左侧肝叶静脉系统断裂, 结扎门静脉左侧肝叶支, 肝静脉撕裂处缝扎止血, 肝右叶断面脉管系统结扎止血, 肝断面纱垫压迫止血, 胆道系统未处理, 转入本院, 予补液、输血等对症支持治疗, 经恢复组织灌注后患儿生命体征较平稳, 再次手术中见腹腔内含胆汁腹水约 1 000 mL, 肝左叶已切除, 肝门处填塞 4 块纱垫, 小心取出纱垫, 肝右叶 V、Ⅷ段坏死, 呈灰白色, 因门静脉右支主干血管位于坏死肝组织内, 坏死部分肝组织不予切除, 第二肝门处肝静脉裂伤, 应用无损伤血管缝线连续锁边缝合进行修补, 胆囊水肿明显, 肝右后叶色稍暗, 探查寻找胆总管, 见胆总管前壁纵行破裂, 裂口长约 2.2 cm, 上部至左右肝管汇合处, 局部有胆汁渗出, 破损处胆管组织坏死, 胆管壁缺损, 胆道探子探查胆总管近侧直径约 2.5 mm。自肝总管

破损处纵行向近侧剪开约 5 mm, 保留稍长肝总管后壁, 切除胆囊, 切断空肠, 远侧端空肠与右肝管对合, 右肝管套入肠管断端内, 行右肝管空肠 Roux-en-Y 吻合。患儿术后第 8 天肛门排气, 第 9 天进流质饮食, 术后未出现吻合口瘘及胆道感染, 恢复顺利。

病例 2, 男, 7 岁, 因车祸伤急诊行肝裂伤修补术, 术后第 11 天出现上腹痛、发热, 上腹部疼痛剧烈, 体温波动在 37.5 ℃ ~ 38.1 ℃, 至本院就诊, 彩超提示: 肝右后叶混合性包块, 边界清, 内可见不规则网状分隔。体查: 肝区叩击痛阳性, 诊断为: 急性肝脓肿? 急性肝血肿? 胸膜炎。再次手术中见肝脏上缘及右侧缘与大网膜粘连紧密, 仔细游离并结扎大网膜将肝脏上缘及右侧缘充分游离后, 见右后叶一大小约 8 cm × 10 cm × 9 cm 血肿, 切开血肿, 吸出陈旧性血凝块 100 mL, 创面内未见明显渗血, 无胆汁样液体渗出, 用缝肝针缝合血肿腔壁, 于血肿腔内及肝脏右侧缘留置引流管。患儿术后第 3 天体温降至正常, 第 4 天拔除胃管, 第 5 天进食流质饮食, 切口愈合可, 术后恢复可。

讨论

一、再次手术原因

1. 血肿: 初次急诊手术只缝合了肝裂伤处浅层肝组织, 对于深部破裂的血管未彻底探查、彻底结扎, 止血不彻底, 深部裂伤未能仔细清创, 肝断面部分肝组织坏死继发感染, 导致创面再次出血, 且因裂伤处浅层肝组织已被缝合, 且未于创口内留置引流, 出血只能在其内形成血肿并增大, 需再次手术清除

血肿。

2. 胆管损伤: 外伤致肝外胆管损伤, 初次急诊手术只单纯缝合修补或清创修补裂伤肝组织, 术中未发现胆道损伤, 未进行胆道重建, 需再次手术重建胆道。据 Osman AM^[1] 报道, 肝外伤致胆囊、右肝管损伤, 初次手术后出现胆汁性腹膜炎, 需要进行二次手术。

3. 血管损伤: ①初次急诊手术未能仔细探查第二肝门, 未及时处理血管裂伤。②肝外伤若合并门静脉、肝静脉或下腔静脉破裂, 初次手术常采用填塞及局部止血措施早期控制腹腔出血, 经恢复组织灌注后, 再次手术取出填塞, 进行血管修补^[2-4]。

二、再次手术方式

再次手术中创面的清创要彻底, 彻底清除肝创面的坏死组织及血肿, 以免坏死的肝组织液化、感染而导致肝创面上较大的胆管破溃^[5]。对肝断面能够对拢缝合者, 应尽量予以缝合。肝创面下、膈下、盆腔充分引流不仅能够引流渗出的血液, 而且还能对已形成的膈下脓肿起到引流作用^[6]。

若肝静脉、门静脉撕裂, 再次手术可使用肝十二指肠韧带阻断带, 用食指和拇指捏紧肝静脉、门静脉撕裂处, 吸净手术野积血, 用 5-0 无损伤血管缝线连续或间断缝合进行修补。若血管损伤严重, 可行自体腹膜修补、端端吻合术。对于单支的肝静脉损伤, 修补无效时可行结扎术, 而不需切除相应的肝段, 结扎后肝静脉压力短暂升高, 但交通支开放后相应的肝段可获得引流。

若出现胆漏, 首要的措施应是行简单的腹腔引流, 匆忙的修复手术可能引起更复杂的胆漏发生^[7]。术中如不能找到胆管漏口, 需在胆汁漏出附近放置引流管, 还应行腹腔引流。

若出现胆汁性腹膜炎, 再次手术在处理胆道损伤时, 损伤区域以及胆道应仔细检查以确定损伤范围, 损伤可能是部分的, 一侧胆道壁黏膜连续, 或完全横断, 或胆总管、肝总管部分缺如, 用于修复重建的胆管应选择无瘢痕、无炎症、血供良好的健康胆管, 用可吸收线黏膜对黏膜间断缝合^[8]。胆管轻度裂伤, 胆管壁无缺损或轻度缺损, 可作单纯缝合, 若胆管横断, 组织缺损范围较小, 可行胆管端端吻合术, 对于组织缺损和损伤严重, 尤其是高位胆管损伤, 难以端端吻合的胆管损伤, 胆肠吻合是最有效的胆道重建方式^[9]。据 Erkan M 等^[10] 报道, 2 例初次手术中未发现胆道损伤, 术后出现胆漏, 再次手术均进行胆肠吻合, 术后恢复可。据 Rodriguez-Montes

JA 等^[11] 报道, 再次手术采取胆肠吻合的术式, 长期预后较其他手术方式好。对于变异的副肝管, 一般认为直径 <2 mm 的细小副肝管单纯结扎即可, 而粗大的副肝管损伤则需要考虑行胆肠吻合术。肝内二级胆管损伤可修补或吻合, 对于损伤后即时和早期发现的三级或三级以上的肝内胆管损伤可以直接结扎, 只要未受累区域的肝脏功能代偿充分, 不涉及胆道主干的一般不需要重建^[12]。据 Osman AM^[1] 报道, 肝外伤致肝内一级胆管损伤急诊手术后出现胆汁性腹膜炎, 再次手术见肝断面大量肝组织坏死, 可行肝叶切除术(切除 VI、VII、VIII 段)。

三、减少再次手术的发生

初次手术中应仔细探查肝脏断面、肝周大血管、胆道及腹腔情况, 根据具体情况, 选择手术方式, 若未能及时发现胆道、血管或其他合并损伤, 其结果是灾难性的。若肝外伤合并肝静脉、下腔静脉破裂并胆道损伤, 初次手术采取损伤控制性手术时, 使用填塞及局部止血措施控制腹腔出血, 并清除失去活力的碎裂肝组织后, 应留置引流管, 否则大量胆汁进入腹腔, 导致胆汁性腹膜炎^[2]。

手术中创面彻底止血, 精细处理肝断面的血管, 可有效预防术后再出血, 避免钳夹、结扎大块肝组织, 分别结扎血管、胆管, 术后保证肝周引流管持续通畅引流或与创腔内留置引流管, 可充分引流肝断面少量渗血^[13]。

术后胆漏多发生于胆肠吻合口处和肝创面, 与胆管条件、手术吻合技术、术后营养状况、吻合口缺血坏死或继发感染、吻合口组织愈合程度等有关, 吻合口对合好, 吻合后没有张力是防止术后胆漏的关键。据 Erkan M 等^[10] 报道, 1 例患者初次急诊手术中误将肝十二指肠韧带结扎, 需再次手术治疗, 故初次急诊手术中应避免盲目钳夹或大块组织缝扎止血, 防止胆道损伤, 若术中发现胆道损伤, 应立即行一期修补, 尽量避免损伤胆道营养血管, 防止胆道缺血的出现, 精细处理肝断面胆管, 避免出现胆汁漏。

肝外伤急诊手术前注意全身状态的纠正, 保护重要脏器的功能, 术中全面、仔细探查, 选择合适的手术方式, 会使初次手术取得更好的治疗效果, 减少再次探查的发生。再次手术前明确手术指征, 术中彻底探查, 及时发现问题, 根据具体情况采取合理的手术方式至关重要。

参考文献