

肝损伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_9D\\_E6\\_8D\\_9F\\_E4\\_BC\\_A4\\_c22\\_303271.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_82_9D_E6_8D_9F_E4_BC_A4_c22_303271.htm) 名称肝损伤所属科室普通外科病理肝脏遭受钝性暴力后，根据暴力的大小可引起不同类型的肝裂伤。轻者为浅表裂伤，出血量少，有些可以自行停止；重者裂伤较深，有些呈不规则星状或甚至严重碎裂，失去活力或脱落在腹腔内。这种损伤主要表现为腹腔内出血及出血性休克。血液对腹膜有一定的刺激性，可出现轻度腹膜刺激征，如合并胆管断裂，胆汁外漏则有较严重的胆汁性腹膜炎体征。若伤及肝静脉主干、下腔静脉肝后段、门静脉干支可出现持续大量出血，很快发生休克，甚至迅速死亡。失去活力或散落在腹腔的肝组织将坏死分解，连同聚积的血液和胆汁可继发细菌感染形成腹腔脓肿。肝包膜下裂伤由于包膜完整，肝实质破裂出血聚在包膜下形成血肿。轻的损伤出血少，形成的血肿小，有些可自行吸收；重伤则出血量多，可将肝包膜广泛分离形成大血肿，血肿的压迫尚可使其四周的肝细胞坏死。血肿也可继发感染形成脓肿。张力高的血肿可使包膜溃破转为真性裂伤。中心型肝裂伤主要为肝实质深部破裂，而肝包膜及浅层肝实质仍完整。这种裂伤可在肝深部形成大血肿，使肝脏体积增大，张力增高，血肿四周组织受压坏死。这种血肿可穿破入腹腔形成内出血及腹膜炎，或穿入胆管表现为胆道出血，也可继发感染形成肝脓肿。开放性、贯穿性损伤的严重性取决于肝脏受伤的部位和致伤物的穿透速度。子弹和弹片穿透肝组织时可将能量传递至弹道四周的组织，使之破坏。伤及肝门大血管时，肝实质损害可不严重，但由于持续大量出血，仍有较高的死亡率。除损

伤的种类及伤情外，合并多脏器损伤是影响肝外伤死亡率的重要因素。伤及的脏器越多，伤情越重，治疗越难，死亡率也越高。临床表现肝损伤的临床表现主要是腹腔内出血和血液、胆汁引起的腹膜刺激征，按损伤类型和严重程度而有所差异。

（一）真性肝裂伤 稍微损伤出血量少并能自止，腹部体征也较轻。严重损伤有大量出血而致休克。病人面色苍白，手足厥冷，出冷汗，脉搏细速，继而血压下降。如合并胆管断裂，则胆汁和血液刺激腹膜，引起腹痛、腹肌紧张、压痛和反跳痛。有时胆汁刺激膈肌出现呃逆和肩部牵涉痛。

（二）肝包膜下裂伤 多数有包膜下血肿。受伤不重时临床表现不典型，仅有肝区或右上腹胀痛，右上腹压痛，肝区叩痛，有时可扪及有触痛的肝脏。无出血性休克和明显的腹膜刺激征。若继发感染则形成脓肿。由于继续出血，包膜下血肿逐渐增大，张力增高，经数小时或数日后可破裂，出现真性肝裂伤的一系列症状和体征。

（三）中心型肝裂伤 在深部形成血肿，症状表现也不典型。如同时有肝内胆管裂伤，血液流入胆道和十二指肠，表现为阵发性胆绞痛和上消化道出血。

诊断开放性损伤，可根据伤口的位置、伤道的深浅与方向，诊断肝损伤多无困难。闭合性真性肝裂伤，有明显腹腔内出血和腹膜刺激征的诊断也不难。唯对包膜下肝裂伤、包膜下血肿和中心型裂伤，症状与体征不明显时诊断肝裂伤可能有困难，必须结合伤情和临床表现作综合分析，并密切观察生命体征和腹部体征的变化。下列检查方法对诊断可能有帮助：

：（一）诊断性腹腔穿刺 这种方法对诊断腹腔内脏器破裂，尤其是对实质性器官裂伤的价值很大。一般抽得不凝固血液可认为有内脏损伤。但出血量少时可能有假阴性结果，故一

次穿刺阴性不能除外内脏损伤。必要时在不同部位、不同时间作多次穿刺，或作腹腔诊断性灌洗以帮助诊断。（二）定时测定红细胞、血红蛋白和红细胞压积 观察其动态变化，如有进行性贫血表现，提示有内出血。（三）B型超声检查 此法不仅能发现腹腔内积血，而且对肝包膜下血肿和肝内血肿的诊断也有帮助，临床上较常用。（四）X线检查 如有肝包膜下血肿或肝内血肿时，X线摄片或透视可见肝脏阴影扩大和膈肌抬高。如同时发现有膈下游离气体，则提示有空腔脏器损伤。（五）肝放射性核素扫描 诊断尚不明确的闭合性损伤，疑有肝包膜下或肝内血肿者，伤情不很紧急，病员情况答应时可作同位素肝扫描。有血肿者肝内表现有放射性缺损区。（六）选择性肝动脉造影 对一些诊断确实困难的闭合性损伤，如怀疑肝内血肿，伤情不很紧急者可选用此法。可见肝内动脉分支动脉瘤形成或造影剂外溢等有诊断意义的征象。但这是一种侵入性检查，操作较复杂，只能在一定条件下施行，不能作为常规检查。并发症最常见的并发症为感染，余为胆瘘、继发性出血和急性肝肾功能衰竭。（一）感染性并发症 有肝脓疡、膈下脓肿和切口感染等。彻底清除失去活力的肝组织和污染物，妥善止血，并安置可靠有效的引流是预防感染的有效措施。一旦脓肿形成，应及时引流。（二）肝创面胆漏 可致胆汁性腹膜炎或局限性腹腔脓肿，也是一种较严重的并发症。预防胆漏的方法是手术时细心结扎或缝扎断裂的大小胆管并安置引流管。发生胆漏后，在胆总管安置“T”形管引流，可降低胆道内压力促进愈合。（三）继发性出血 多因创面处理不当，留有死腔或坏死组织而继发感染，使血管溃破或结扎线脱落而再出血。出血量大时，需再

次手术止血，并改善引流。（四）急性肝肾肺功能障碍是极为严重而又难处理的并发症，预后不佳。多继发于严重复合性肝损伤、大量失血后长时间休克、阻断向肝血流时间过长、严重腹腔感染等。因此，及时纠正休克，注重阻断向肝血流时间，正确处理肝创面，安置有效的腹腔引流，预防感染是防止这种多器官衰竭的重要措施，也是目前对多器官衰竭最好的治疗。治疗肝裂伤的诊断明确后应争取早期手术治疗，伤员大多有内出血和出血性休克，有些还合其他脏器损伤。术前抗休克处理很重要，可以提高伤员对麻醉和手术的耐受性。首先应建立可靠有效的输血途径，选择上腔静脉分支作为输血途径较为适宜，因有些外伤合下腔静脉裂伤，从下肢输血可能受阻或外漏，达不到补充血容量的效果。有些严重肝外伤合大血管破裂，出血量大，虽经积极快速大量输血仍未能使血压回升和稳定。此时应当机立断，在加紧抗休克治疗的同时进行剖腹，控制活动性出血，休克好转再作进一步下列手术处理。肝外伤的手术处理原则是彻底止血、清除失去活力的碎裂肝组织和安置腹腔引流以防止继发感染。止血是处理肝外伤的要害，能否有效地控制出血直接影响肝外伤的死亡率。已失去活力的碎裂肝组织将坏死分解，聚积的血和胆汁都最终都会继发感染而形成腹腔脓肿。（一）真性肝裂伤的处理止血的方法很多，出血较多时可先阻断肝蒂再按外伤的具体情况选用下列一种方法。1.单纯缝合法 适用于规则的线形肝裂伤。一般采用4-0号丝线或1-0号羊肠线穿细长的圆针作贯穿创底的“U”字形或褥式缝合。结扎时用力要轻便柔和，以防缝线切割肝组织。针眼如有渗血，可用热盐水纱布压迫止血。2.清创术 创面大而深的肝裂伤，应先清除

失去活力的肝组织，将创面的血管或胆管断端一一结扎，缩入肝组织的活动性出血点可作“U”字形缝扎止血。止血完成后，肝创面如合拢后在深部留有死腔者不宜简单对合，可畅开，用带蒂大网膜覆盖或将网膜嵌入消除死腔再对合，并安置引流。

3.肝动脉结扎术 按上述方法止血仍未能奏效时，可考虑结扎肝固有动脉或伤侧肝动脉分支。源于肝动脉的出血可获良好止血效果。

4.肝切除术 严重碎裂性肝损伤的出血常难予控制，可作肝切除术清除无活力的肝组织以彻底止血。一般不必按肝的解剖分区行规则性切除术。根据具体情况采用止血带、肝钳或手捏法控制出血，切除无活力的肝组织，切面上的血管和胆管分别结扎，用带蒂大网膜或邻近韧带覆盖肝切面，最后安置引流。

5.填塞止血法 当采用缝合、肝动脉结扎、热盐水纱布垫压迫等方法处理仍有较广泛渗血或出血时，伤员情况比较危急，可用大块明胶海绵、止血粉或可溶纱布等填入创面压迫止血。如仍未能满足止血，可再填入大纱条或纱布垫加压止血。术后使用预防性抗生素和止血剂，待情况稳定3~5天后在手术室分次将纱布垫或纱条取出。填塞止血是一种应急办法，只能在各种止血措施都无效时使用，因它易继发感染引起继发性出血或胆瘘等严重发症。

（二）肝包膜下血肿的处理 多数因裂伤的肝组织继续出血，肝包膜张力越来越大，终使包膜剥离面扩大或穿破。手术时应将包膜切开，清除积血，结扎或缝扎出血点，并缝合裂伤口，安置引流。

（三）中心型肝裂伤的处理 这种损伤的肝包膜和浅层肝实质均完好地损，诊断较困难。手术探查如发现肝脏体积增大，包膜张力增高，即应怀疑肝中心型破裂的可能。一般可借助肝穿刺抽吸，术中穿刺造影或选择性肝动脉

造影等帮助诊断。证实有大的死腔和积血应予切开清创、止血和引流。如裂伤较严重，一般结扎、缝合止血不能奏效时，应考虑大网膜填塞后缝合或部分肝切除。（四）肝贯穿伤的处理 如非线形损伤，可用导管经入口或出口放入伤道吸引或用生理盐水冲洗，清除血块、异物和碎落的肝组织。若出血已止，伤口一般不必缝合，在进出口四周安置引流即可。如伤道内有较大死腔和活动性出血，应切开清创、止血和引流。（五）肝后下腔静脉段或肝静脉干损伤的处理 一般出血量大并有空气栓塞的危险，但不易诊断，且直接缝合止血极为困难。在完成上述处理后仍有较大量的出血时，应考虑下腔静脉或肝静脉损伤的可能。手术可按下列程序进行：用纱布垫填压裂伤处以控制出血，向右第7、8肋间延长切口，翻起肝脏并显露第二肝门，阻断肝十二指肠韧带的血流和控制，腔静脉裂口上、下方的血流，在直视下修补破裂的肝静脉干或下腔静脉，恢复被阻断的血流。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)