

外伤性门静脉断裂一例的手术治疗

岳 劫,肖占祥

(海南省人民医院血管外科,海南 海口 570311)

【关键词】 门静脉断裂;手术治疗;人工血管置换

【中图分类号】 R656 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2012)19-138-02

腹部外伤致门静脉损伤是一种非常严重的创伤,出血迅猛,病死率在50%以上。由于门静脉收集大量的腹腔回流血并负担肝脏75%的血供^[1],因此门静脉损伤会导致患者出现严重的失血性休克及肝脏的低灌注。2011年9月本院成功抢救1例门静脉损伤患者,现报道如下:

1 临床资料

患者男,30岁,于2011年9月15日因“车祸致头、胸、腹部多处外伤1h”入当地县医院,入院时神志清楚、无昏迷,对答切题,诉胸腹部疼痛剧烈,查体血压(BP)115/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),心率90次/min,急性面容,胸部、腹部、下颌、四肢多处皮肤挫裂伤,右肺呼吸音弱,腹部平软,无压痛反跳痛,移动性浊音(±),肠鸣音减弱,血常规提示血红蛋白(Hb)121 g/L,红细胞(RBC) 3.91×10^{12} 。胸片提示:右侧第一肋骨骨折,右侧气胸压缩35%。腹部B超提示:腹腔中量积液。腹部CT提示:肝左叶、肝右叶挫裂伤,腹腔内积血。因患者生命体征稳定,暂予放置胸腔闭式引流,补液、扩容等保守治疗,入院后12h再次复查腹部CT,提示:腹腔内积血量增多,1h后患者出现腹痛加重,伴血压进行性下降90/50 mmHg,腹穿抽出不凝血,考虑出血进行性加重,急送手术室剖腹探查。

术中见腹腔内积血量约1500 ml,肝十二指肠韧带周围出血汹涌,打开肝十二指肠韧带,见肝门静脉离断,喷射样出血,予硅胶管立即阻断肝门血运、游离门静脉,予缝闭,继续探查见右肝前叶裂伤,长约6 cm,肝左叶裂伤长约4 cm,肝门处多处不规则伤口1~3 cm不等,伴少量胆汁外漏,尾状叶部分离断,大小约3 cm×2 cm,胰头、胰体多处挫伤,予肝破裂修补术(见图1),查腹腔内无大量出血后简单关腹,立即转海南省人民医院血管外科行门静脉重建术,转院后再次探查,见肝脏、肠管质地正常,无明显淤血、缺血表现,发现门静脉离断,缺损3 cm,伴血栓形成,行门静脉取栓,人工血管移植(图2),并行胆囊、胆管“T”管引流,尾状叶部分切除术,放置肝下及盆腔引流管,再次探查未见明显出血后关腹,术后重症病房监护48 h后生命

体征稳定,术后7 d拔出引流管,术后15 d带T管出院。

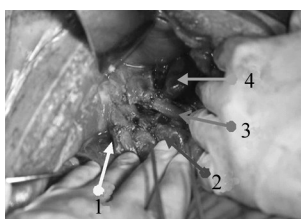


图1 肝破裂修补术



图2 人工血管移植

注:1为胆总管,2为门静脉(人工血管重建前后),3为肝动脉,4为尾状叶。

2 讨论

门静脉血管壁脆,血流量大,占肝脏血流量的75%,损伤后处理较为困难。门静脉损伤的病死率为39%~71%,引起死亡的主要原因为术中大量出血^[1]。

门静脉损伤按部位可分为4类:1)肝内门静脉损伤(高位段);2)肝十二指肠韧带内损伤(中位段);3)脾静脉、肠系膜上静脉损伤(低位段);4)混合段损伤。本例病例可归属为门静脉中位段损伤,按门静脉损伤的程度可分为:1)轻度(损伤门静脉直径在1/3以下);2)中度(1/3~1/2);3)重度(门静脉损伤直径1/2以上或完全断离);4)碾挫伤^[2]。

门静脉血流量大,损伤后失血量越大,抢救成功率就越低。此类患者手术指征明确,应尽早手术探查,开腹后第一时间控制出血,不仅需控制好门静脉损伤部位的远心端的出血,而且需用血管器械仔细夹闭近心端血管,保持手术野良好显露,同时此类手术出血量大,有时可达5000 ml以上,故保持液体通道通畅、大量输血是手术的必要保障,有条件时可行自体血回输。

门静脉损伤的部位及方式直接影响到手术中的处理方法及措施,手术方式要力求简单、确实、有效^[4],手术方式最关键因素是迅速的控制出血,对中位低位轻中度损伤可采用直接修补法,对完全或完全接近离断者,应先行修剪后做端端吻合,对毁损严重不能做端端吻合者,应行人工血管移植^[3],对高位损伤者应行部分肝切除,并结扎损伤支^[4-5]。必要时可结扎部分非主干门静脉,而对于门静脉主干血管的损伤应在充分控制出血的基础上争取行血管重建术,因门静脉的

作者简介:岳 劫(1982—),男,湖北省钟祥市人,医师,硕士。

一例扩张型心肌病患者术中急性肺损伤的麻醉处理

刘秀珍,魏昌伟,陈 剑

(中国人民解放军第309医院麻醉科,北京 100091)

【关键词】 扩张型心肌病;急性肺损伤;呼气末正压通气

【中图分类号】 R542.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2012)19-139-02

扩张型心肌病(DCM)是以心脏扩大、心力衰竭、和附壁血栓为基本特征,并伴有不同程度的心肌肥厚、心室收缩功能减退的心脏疾患。本病病死率较高,通常其症状出现后5年的存活率在40%左右^[1]。近期我院成功救治1例扩张型心肌病行外科手术期间发生急性肺损伤的患者,现报道如下:

1 病例介绍

患者,女性,24岁,体重45 kg,ASA III级。因扩张型心肌病、盆腔包块于2011年12月28日在静吸复合全麻下行剖腹探查术。术前访视:患者一般状况差,无咳嗽、咳痰等症状,双肺呼吸音清楚,左下肺可闻及湿啰音,右下肺呼吸音弱,心界大,心率(HR)102次/min,血压(BP):119/89 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。

实验室检测:球蛋白(GLOB) 7.0 g/L,总蛋白(TP) 48.9 g/L,白蛋白(ALB) 41.9 g/L,电解质及肝肾功能正常,血常规正常。动脉血气(鼻导管吸氧):pH 7.41,氧分

压(PO₂) 123 mmHg,二氧化碳分压(PCO₂) 34 mmHg。胸片示:双肺纹理增多,双侧胸腔积液,心包积液。心电图(ECG)示:窦性心动过速102次/min,电轴左偏,左前分支传导阻滞,T波改变,心脏顺钟向转位。心脏超声示:心脏射血分数(EF) 30%,左心、右房增大,左室收缩功能减低,二尖瓣返流(少-中量),三尖瓣返流(中-大量),主、肺动脉瓣返流(少量),心包腔积液(舒张期左室后壁外0.6 cm液性暗区)。妇科超声示:盆腔囊性包块5.3 cm×6.8 cm,其周可见深度3.3 cm液性暗区。

患者入手术室后,开放上肢静脉通路,静脉输注乳酸钠林格氏液,常规给予地塞米松10 mg静滴,行桡动脉穿刺测压,HR:112次/min,BP 111/89 mmHg,测血气(未吸氧) pH 7.43,PCO₂ 29 mmHg,PO₂ 89 mmHg,钠(Na⁺) 135 mmol/L,钾(K⁺) 4.5mmol/L,钙(Ca²⁺) 1.19 mmol/L,谷氨酸(GLU) 5.4 mmol/L,乳酸(Lac) 0.8 mmol/L,红细

作者简介:刘秀珍(1964—),女,山东省潍坊市人,副主任医师,本科。

回流受阻可引起一系列门静脉高压的临床症状。

门静脉与肠系膜上静脉、脾静脉连接部最难显露和修复。可于上方打开胃结肠韧带进入小网膜腔,下方沿结肠中动脉追踪至肠系膜上静脉,必要时游离胰腺,有时需切断胰腺颈部,方能显露出汇合部,查清伤情,予以修补^[6]。损伤严重实难修复者,结扎门静脉常是挽救生命的方法。术后并发门脉高压者,择期行分流术^[7-8]。门静脉左、右支主干损伤在合并同侧严重肝损伤行肝切除时可结扎。

总之,门静脉损伤大出血是十分危重的病例,此类患者病情严重,生命体征多不稳定,但是如果能够尽早手术,控制出血,结合血管外科技术进行血管重建,还是有较高的术后生存率及较好的效果。

参考文献

[1] Tinkoff G, Esposito TJ, Reed J, et al. American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale I: spleen, liver, and kidney,

validation based on the National Trauma Data Bank [J]. J Am Coll Surg, 2008, 207(5): 646-655.
[2] Fingerhut A, Leppaniemi AK, Androulakis GA, et al. The European experience with vascular injuries [J]. Surg Clin Surg, 2002, 82(1): 175-188.
[3] Oktar GL. Iatrogenic major venous injuries incurred during cancer surgery[J]. Surg Today, 2007, 37(5): 366.
[4] 肖占祥,周开伦.手术中大血管损伤的预防和处理[J].海南医学,2008,19(12): 3-4.
[5] 覃建雄,王 昆,杨寿佐,等.44例外伤性肝破裂诊疗体会[J].海南医学,2008,19(4): 102-103.
[6] 许 评,宋一民.腹外伤致门静脉系统损伤的分类及处理[J].中国急救医学杂志,2003,23(11): 826.
[7] 谢 谦,戴 东,等.肝外伤的诊断与治疗[J].海南医学,2000,11(4): 32.
[8] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,1999: 847,969.

(收稿日期:2012-04-03)