

ery in critically ill patients; a methodologic appraisal of the evidence. Crit Care Med, 1996, 24(3): 517-524.

[7] 刘良明, 卢儒权, 林秀来, 等. 高原创伤失血性休克有效液体复苏量和限量的实验研究. 中华创伤杂志, 2000, 16(7): 428.

[8] 张华云, 刘怀琼, 黄丽娜. 失血性休克液体复苏中血液稀释度的改变. 中华创伤杂志, 1992, 8(3): 171.

[9] 陈有, 高钰琪, 李紫芝, 等. 高原肺水肿动物模型的初步研究. 第三军医大学学报, 2006, 28(11): 1176.

(收稿日期: 2008-10-30 修回日期: 2009-04-05)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

严重肝脏损伤的急救(附 52 例回顾性分析)

何小兵

【关键词】 肝脏损伤; 急救

回顾性分析本院 1998 年 11 月—2008 年 11 月急救的严重肝脏损伤Ⅲ~Ⅴ级患者 52 例, 比较 2003 年 9 月改进前后的综合急救措施, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 52 例患者中男 35 例, 女 17 例; 年龄 14~61 岁, 平均 34 岁。损伤原因: 锐器伤 10 例, 车祸伤 23 例, 挤压伤 9 例, 钝击伤 8 例, 坠落伤及爆炸冲击伤各 1 例。单纯肝脏损伤 24 例; 其余伴有合并伤, 其中 2 处 17 例, 3 处以上 11 例。受伤至入院时间: 0.5~7 h 51 例, 26 h 1 例。入院时患者均有明显的腹膜炎体征和不同程度的休克表现, 42 例闭合性损伤者行诊断性腹腔穿刺均抽出不凝血, 33 例行 B 超、CT 检查。

1.2 肝脏损伤分级: 根据术中探查并参照 1994 年美国创伤外科协会(AAST)制定的肝脏损伤分级标准^[1]进行分级, Ⅲ级 26 例, Ⅳ级 17 例, Ⅴ级 9 例。

1.3 急救措施: 迅速救治失血性休克, 应用“ATP 三原则”救治重度创伤^[2], 选择合理的手术方式, 极危重患者采用损伤控制性手术(DCS)^[3], 并在重症监护病房(ICU)进行复苏和救治。

1.4 结果(表 1): 52 例患者中, 治愈 41 例(78.8%), 死亡 11 例(21.2%)。死因分析: ①病因: 失血性休克 5 例, 术后多器官功能衰竭(MOF)、重型颅脑损伤各 3 例。②肝脏损伤程度: Ⅳ级 17 例, 死亡 4 例(23.5%); Ⅴ级 9 例, 死亡 7 例(77.8%)。③合并伤: 有 3 处以上合并伤者 11 例, 死亡 5 例(45.5%)。④急救措施: 改进急救措施后 5 年共急救 31 例,

死亡 5 例(16.1%); 改进急救措施前 5 年共急救 21 例, 死亡 6 例(28.6%); 改进前后两组治愈率、病死率比较差异有统计学意义(P 均 <0.05)。

表 1 不同肝脏损伤分级患者急救措施改进前后的死亡情况

AAST 分级	例数	前 5 年		后 5 年	
		例数	死亡数	例数	死亡数
Ⅲ级	26	11	0	15	0
Ⅳ级	17	7	3	10	1
Ⅴ级	9	3	3	6	4

2 讨论

2.1 通畅的绿色急救通道, 迅速抢救失血性休克: 严重创伤对机体产生的损害可造成体内复杂的生理改变, 涉及全身各系统, 引起神经-内分泌-免疫平衡障碍^[4]。患者一旦出现致死三联征(酸中毒、低体温、凝血障碍), 即有死亡危险。正确、及时、有效地进行院前急救, 是提高抢救成功率、降低致残率的关键^[5]。且在院前急救的同时通知外科医师准备接收伤员, 必要时将伤员直接送入手术室急救。本组改进急救措施后直接送入手术室急救 9 例, 其中 2 例肝损伤Ⅴ级的患者得以治愈。

2.2 合理选择手术方式: 手术应遵循清除坏死肝组织、彻底止血、缝扎创面管道、控制污染、有效引流腹腔的原则进行。如果判断短时间无法恢复血压, 则按肝脏 DCS 处理, DCS 要求控制出血、减轻污染、避免加重损害, 以利于患者复苏后期获得合理、有效的治疗^[3]。

目前严重肝脏损伤常见的手术方式有: ①肝脏 DCS: 本组采用此法 11 例, 死亡 5 例, 其中死于术中失血性休克 2 例, 术后 MOF 1 例, 重型颅脑损伤 2 例。

②深层褥式缝合: 多适用于Ⅲ级肝损伤。本组采用此法 16 例。③清创性肝切除: 本组采用此法 28 例; 死亡 6 例均为改进急救措施前手术者(死于术中失血性休克 3 例, 术后 MOF 2 例, 重型颅脑损伤 1 例)。④规则性肝切除: 多适用于肝脏损伤范围较大但局限于半肝叶。本组行此法 5 例; 无死亡。

2.3 术后 ICU 治疗: ICU 的有效干预措施为重症患者提供了规范、高质量的生命支持, 改善了其生存质量^[6], 包括液体复苏、机械通气、复温、纠正凝血障碍。

总之, 严重肝脏损伤、尤其有多处合并伤的伤员, 死亡因素为损伤的严重程度、受损器官的多少以及是否有迅速而合理的急救措施。“ATP 三原则”的综合急救措施迅速、合理, 提高了患者的治愈率、降低了病死率。

参考文献

[1] Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, et al. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision). J Trauma, 1995, 38(3): 323-324.

[2] 顾永峰, 李能平, 方伟敏, 等. 重度创伤急救原则的临床研究. 中国急救医学, 2007, 27(10): 885-887.

[3] 黎介寿. 腹部损伤控制性手术. 中国实用外科杂志, 2006, 26(8): 561-562.

[4] 郝江. 损伤控制医疗理念在严重创伤绿色通道救治中的意义. 中国危重病急救医学, 2008, 20(5): 313.

[5] 孙庆龄, 顾利慧. 院前急救知识公众调查分析与培训干预. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(3): 188.

[6] 中华医学会重症医学分会. 《中国重症加强治疗病房(ICU)建设与管理指南》(2006). 中国危重病急救医学, 2006, 18(7): 387-388.

(收稿日期: 2009-01-12)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2009.05.017

作者单位: 551700 贵州省毕节地区医院肝胆外科