

醫師，肝臟破裂內出血，為什麼不開刀？

文 / 丁麗娟 外傷個案管理師
李祥麟 醫師

案例 林女士，60歲，某日騎機車時與汽車相撞，經119人員緊急送至本院急診。到院時血壓偏低，自訴右上腹疼痛，併有臉部及右側胸腹部挫傷，有明顯的壓痛和反彈痛；超音波檢查顯示腹腔內有不正常液狀物累積，經輸血與輸液治療後，心跳血壓暫時恢復穩定。

但不久又因血壓不穩定，緊急啟動外傷小組並安排電腦斷層檢查，顯示肝臟破裂及疑似肝臟動脈斷裂併腹腔內出血，且有右側胸部肋骨骨折併血氣胸，未見胃腸道等其他臟器損傷。因而緊急插入右側胸管引流及聯絡放射科安排經肝動脈血管栓塞治療，經輸血、輸液及栓塞治療後生命跡象穩定，故採取非手術療法，住院至加護病房觀察治療。

在加護病房中生命跡象持續穩定且血紅素可維持在10至11之間，兩天後轉至普通病房，於第十天移除胸管，於第十四天出院。出院後，持續於門診追蹤，生命跡象穩定，三個月後再追蹤電腦斷層檢查，胸腹部受傷部分已完全恢復正常。

討論 在腹部鈍傷中，肝臟是最常見的受傷部位之一。由於肝臟是個充滿血管組織的器

官，一但受傷破裂會造成腹腔內出血而引起低血容積性休克；傳統上，以外科手術切除破裂之肝臟或予以修補止血是標準的治療，但自90年代起，針對單一肝臟受傷且生命跡象相對穩定之患者，非手術療法被試行而有不錯的結果。近年來，對於大部分經輸血輸液後生命跡象恢復穩定的肝脾外傷患者，採行非手術療法皆可順利恢復，只有少部分非手術療法失敗必須改為手術治療。但是，對於生命跡象不穩定的患者，外科手術止血仍是必須的標準治療。

採行非手術療法時，患者需於加護病房內絕對臥床休息，觀察生命跡象並追蹤血紅素的變化。非手術療法失敗的案例，絕大部分會於72小時內改為外科手術治療。如果病情穩定，患者將轉入普通病房，可進行輕微的活動。一切順利的話，可於一星期左右出院回家休養。

最早治療腹部脾臟外傷的是1893年Reigner的脾臟切除。Pringle在1908年也認為治療肝臟撕裂傷的唯一辦法是手術，但當時手術技術並不好，死亡率很高；而非手術的治療並不被接受，因為無手術就無法了解內部情況，且沒有ICU、沒有眾多抗生素可

供使用，因此在1980年以前並不建議用非手術治療。在電腦斷層尚未發明之前，改進的方式多用診斷式腹腔灌洗法，看有無血水，如果有就開刀進行處理。但這種方式讓很多小的撕裂傷也被迫要開刀進行處理。肝臟修補手術可以同時修補血管、肝實質與膽道的缺失，因此在90年代以前，手術治療仍佔大優勢。

非手術療法的發展，對於肝脾外傷患者是一大福音，最主要的技術關鍵是電腦斷層的進步。近年來，非手術療法比起手術療法，似乎已成主流，大部分肝脾外傷患者接受非手術療法可得到良好的結果。但該強調的是，非手術療法的對象，僅限於經輸血輸液後生命跡象穩定的病患；如果生命跡象不穩定的患者，緊急外科手術止血仍然是救命必須的標準治療程序。非手術治療的優勢：避免手術、降低成本與發病率、較少的腹內併發症、降低輸血的風險。

非手術治療大部分必須要在重度級急救醫療醫院才有辦法進行，因為需要較多的人力進行介入性治療，而且電腦斷層診斷時易忽略小腸的受傷，以及橫膈的撕裂傷（因為電腦斷層是水平切，有時會看不到同為水平的橫膈）、對於肝或脾臟的腹腔鈍挫傷；如果傷者的生命徵象穩定，選擇採取非手術處理已經普遍被外傷科醫師所接受，且列為標準治療方式之一。但是如何選擇合適的患

者？選擇依據的項目為那些？隨著經驗的累積，非手術治療的條件仍不斷的改進，目的在減少創傷患者的死亡率和併發症，減低手術的比率並且提高手術成功率，當然成本效益也是考慮的項目之一。

針對肝、脾創傷出血採行非手術的條件有：(1)初步的復甦後，即能保持穩定的生命徵象；(2)單純的肝、脾傷害，無合併其它腹部的創傷；(3)意識清楚，能持續配合後續的腹部理學檢查和評估，也就是排除頭部外傷，或是頸胸椎受傷的傷患；(4)輸血量應當少於1000ml；(5)影像檢查，臟器傷害程度應在4級以下；(6)非大量的腹腔積血；(7)年齡應當小於55歲。

依據本院近年來治療肝脾撕裂傷患者的相關統計，非手術療法患者所佔比例由102年的76%提升至103年的90%。近些年來，對於前所依循的標準：年齡必須小於55歲、傷害程度不可大於4級的條件，因一再被質疑，已於幾年前放寬到65歲；雖然年紀輕有較好的癒後結果，但是目前普遍認為年齡大小並非準據。多重外傷的傷者，採行非手術處理並沒有較高的死亡率，也就是不再局限於單純的肝脾外傷而已，肝臟傷害的程度也不再局限輕微的等級。對於脾臟的非手術結果，雖然年齡、傷害程度和出血量三者有較高的失敗比例，但現今醫療技術的進步，腹內出血也並非一定得開刀不可了。