

文章编号:1005-6947(2008)01-0100-02

· 临床报道 ·

外伤性脾破裂的治疗

徐维华, 汪立鑫, 赵兰, 徐常青

(山东省蓬莱市人民医院 普通外科, 山东 蓬莱 265600)

摘要:目的 总结外伤性脾破裂的治疗经验,探讨不同情况下脾破裂的最佳治疗方案。方法 回顾性分析近15年来收治的176例外伤性脾破裂的治疗。结果 非手术治疗36例(20.5%),均治愈;手术治疗140例(79.5%),除1例术后2h死亡外,其余均一期手术成功,治愈出院。结论 外伤性脾破裂在确保伤者生命安全的前提下,应尽可能保留脾脏形态及功能,严格掌握非手术治疗指征,不轻易切脾,也不能盲目保脾,应以患者的实际情况选择最佳治疗方法。

[中国普通外科杂志,2008,17(1):100-101]

关键词:脾破裂/外科学;创伤和损伤/治疗

中图分类号:R 657.62

文献标识码:B

脾脏是腹部极容易受损的器官。在腹部闭合性损伤中,脾破裂占20%~40%,在腹部开放性损伤中,脾破裂占10%左右^[1]。根据患者情况,采用不同方法治疗,效果满意。我院1992年1月—2007年1月间收治外伤性脾破裂患者共176例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男112例,女性64例;年龄10~76(平均34.3)岁。入院至受伤时间0.5h至5d,平均4.3h。包括高处坠落伤35例,车祸伤80例,撞击伤44例,挤压伤10例,刀刺伤7例。依据第六届全国脾外科学术研讨会(天津,2000年)制定的脾损伤IV级分级法^[2]:I级46例,II级45例,III级54例,IV级31例。临床表现41例有左肩部牵涉痛,152例左上腹有压痛,123例腹部叩诊有移动性浊音且左季肋部有叩痛,62例伴低血容量性休克者,其中24例表现为神志清但表情淡漠、呼吸急促、脉细数等休克表现。

1.2 辅助检查及诊断

本组患者均经急诊B超检查,确诊162例,诊断率92.1%,误诊1例(0.6%),误诊为宫外孕破裂出血;其余13例仅提示腹腔积液。104例予以CT检查,确诊103例(99.1%),1例仅提示脾外形大,另做增强确诊为包膜下血肿。腹穿145例,阳性131例(90.3%),阴性14例(9.7%)。

1.3 合并伤

有合并伤85例次,包括合并肝破裂17例次,肾挫伤、腹膜后血肿16例次,胸部损伤(肋骨骨折、气胸)14例次,胃肠挫裂伤12例次,四肢骨折12例次,颅脑损伤9例次,胰腺损伤3例次,骨盆骨折2例次。其中合并伤 ≥ 2 处者4例(2.3%)。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

(1)非手术治疗:58例,其中治疗成功36例,占总例数的20.5%,全部病例均为I级。(2)手术治疗:140例(79.5%),包括22例(I级6例,II级16例)经非手术治疗48h后因血压下降、局部腹膜刺激征持续加重改行手术治疗,术式根据脾破裂的程度与部位不同决定,其中单纯脾切除术50例,脾部分切除术18例,脾单纯修补23例,脾修补+脾动脉结扎24例,脾切除+自体脾组织大网膜移植术25例。同时行肝破裂修补术17例,胃肠修补12例,骨折切开复位内固定7例,胸腔闭式引流8例,颅内血肿清除2例。

收稿日期:2004-10-27; 修订日期:2007-12-24。

作者简介:徐维华,男,山东省蓬莱市人民医院主治医师,主要从事普外科方面的研究。

通讯作者:徐维华 E-mail:wsswsn@sohu.com

2.2 结果

非手术治疗 58 例中 36 例治愈,治愈率 62.1%,无死亡。手术治疗 140 例,139 例治愈,治愈率 99.3%。住院时间 8~24 d,平均 10.5 d。139 例术后早期发生并发症 33 例,其中发热 23 例,膈下脓肿 5 例,粘连性肠梗阻 3 例,脾窝积液 1 例,左肺肺炎 1 例,均经对症治疗后获得治愈。1 例(0.7%) IV 级脾破裂合并肝破裂及腹膜后血肿,术后 2h 因多器官功能衰竭死亡。

手术治疗者 79 例获随访,随访时间 9 个月至 3 年,平均 22.8 个月。其中脾切除术 27 例,其他各种保脾手术 52 例,仅有 2 名儿童脾切除术后 5~10 个月内出现反复上呼吸道感染情况,1 年后恢复正常。其余病例出院后复查血常规、B 超等检查均无异常表现。

3 讨论

脾脏血运丰富,组织脆弱,易遭受外伤,尤其在闭合性腹外伤中,脾脏是最多见的受损器官。目前推荐的治疗方案为: I 级脾损伤,可采用非手术疗法或粘合止血修补术; II 级脾损伤,多数病例可采用粘合止血修补术,部分需行脾脏部分切除术; III 级脾损伤,采用脾脏部分切除术或全脾切除术,或全脾切除术加自体脾(组织)移植; IV 级脾损伤,应果断行全脾切除术,或附加自体脾(组织)移植^[2]。

目前各种保脾治疗方案在脾破裂的治疗中越来越得到重视,包括非手术治疗、脾部分切除术、脾修补+脾动脉结扎术、脾切除+自体脾移植术等。但在脾破裂救治中应坚持“抢救生命第一,保脾第二”的原则,在不影响抢救生命的前提下,才考虑尽量保留脾。由于脾脏储存血小板的量可达全血的 1/3,加之脾破裂后血管断端收缩和脾脏本身的收缩,以及凝血块的压迫,这些因素均可造成脾破裂控制自身出血倾向,这就为脾破裂非手术治疗提供了理论依据。我院非手术治疗成功 36 例,说明若适应证选择得当,影像学检查证实

损伤较轻,限于脾包膜和实质的表浅伤,无合并其他脏器损伤,可首先采用非手术治疗^[3-4]。然而一旦出现生命体征不稳定、局部腹膜刺激征持续加重、无法排除腹内其他脏器损伤等情况,应及时开腹探查,切不可因一时武断而耽误手术时机。本组中有 22 例即因此而改行手术治疗治愈。脾损伤手术治疗的术式选择应以术中探查的具体情况而定。脾破裂修补术:一般适用于小而浅的 I 级~II 级损伤;脾动脉结扎+缝合修补术:对 II 级~III 级复杂性裂伤及脾门裂伤,出血速度较快,术野不清,单纯缝合很难奏效,可先行脾动脉结扎控制出血,再行缝合修补术;部分脾切除术:适用于 III 级脾破裂、局限性损伤,保留脾脏一般占整个脾脏的 1/3 以上,且有良好的血供;全脾切除+自体脾移植术适用于 III 级~IV 级脾损伤,由于出血猛,往往伴有休克,迅速控制出血是抢救患者生命的先决条件,所以迅速行全脾切除是最有效的方法,如患者生命体征稳定,可加做自体脾移植术。近年来腹腔镜下保脾性手术、脾血管栓塞术等微创治疗技术的兴起,拓宽了脾破裂外科治疗的道路,但由于其疗效的差异及技术限制,尚无法迅速广泛开展。需强调的是,任何病例都难以象分级标准所述的那样明确典型,且脾损伤往往伴有其他实质脏器或空腔脏器损伤,病情凶险,往往需联用多种术式和方法,切不可教条。必须遵循抢救生命为先的原则,选择最恰当的治疗措施。

参考文献:

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005. 538-539.
- [2] 姜洪池,代文杰. 脾损伤分级和外科治疗方式的选择[J]. 临床外科杂志,2006,14(7):404-405.
- [3] 黄云飞,刘明辉,李学伟,等. 创伤性脾破裂的非手术治疗:附 18 例报告[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(6):478-479.
- [4] 李亿程,王巍,唐健雄,等. 外伤性脾破裂 317 例诊治分析[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(7):526-528.