

# 非手术治疗脾损伤 21 例体会

俞宏斌

(浙江省湖州市第一人民医院 湖州 313000)

**摘要:**目的:探讨非手术治疗脾损伤的适应征、理论依据及治疗效果。方法:112 例脾损伤患者根据血液动力学和 CT 检查分组,对血液动力学稳定的 I~III 级脾破裂患者行非手术治疗。结果:非手术治疗血液动力学稳定的 I~III 级脾破裂成功率达 70%。结论:非手术治疗 I~III 级脾破裂疗效较好,但应严格掌握适应征。

**关键词:**脾损伤;非手术治疗;急诊

中图分类号:R 657.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0064-01

脾是腹部内脏中最容易受损伤的器官,其发病率占各种腹部损伤的 20%~40%。脾破裂一旦出现后果严重,抢救不及时可危及生命,故临床医生一旦诊断明确多急诊手术治疗。但大量实验研究和临床资料证实脾脏在人体免疫机制中占有重要作用,手术切除脾脏对患者术后生存质量产生一定影响。我们自 1999 年 1 月~2003 年 12 月 5 年间收住 112 例脾损伤患者,非手术治疗成功 21 例(18.8%)。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 112 名,男 78 例,女 34 例;年龄 12~56 岁;其中真性脾破裂 93 例,包膜下脾破裂 19 例;闭合性损伤 110 例,开放性损伤 2 例;25 例伴有较严重合并伤,其中肝破裂 6 例,肋骨骨折 17 例,腹膜后血肿 13 例,左肾损伤 5 例,颅脑损伤 8 例,四肢骨折 7 例。

1.2 诊断标准 Pachter (1998) 根据血流动力学稳定和 CT 检查脾脏形态将脾损伤分为 5 级:<sup>[1]</sup>I 级:<10% 的表面面积包膜下血肿或 <1cm 的脾实质深度的撕裂;II 级:包膜下血肿占 10%~50% 表面面积,脾实质内血肿 <5cm 直径,撕裂深达实质 1~3cm,或累及小梁血管;III 级:包膜下血肿 >50% 表面面积,破裂的包膜下或实质血肿,实质内血肿 >5cm 或呈扩展,撕裂 >3cm 实质深度或累及小梁血管;IV 级:撕裂累及脾段或脾门血管而形成 >25% 脾脏无血供; V 级:脾脏完全碎裂溅开,脾门血管断裂而使脾脏全无血供。

由 BUS、CT 及腹穿检查明确诊断,结合 X 片等其余检查排除合并损伤,对脾损伤进行影像学分级。

## 2 结果

我们对 I~III 级脾破裂(包括 III 级)收缩压稳定在 12kPa 以上或休克病人经输液和输血(输血量 400~800mL)后血液动力学稳定行保守治疗;成功率达 70%。有 1 病人因较严重颅脑外伤合并肝脾损伤,因家属拒绝手术治疗而采取多种措施严密监测,非手术治疗成功。见表 1。

表 1 112 例脾破裂手术与非手术治疗比较 例

损伤程度	手术	非手术
I	2	13
II	45	5
III	10	3
IV	32	0
V	2	0

注:有 9 例患者在非手术治疗过程中因生命体征不能保持稳定而中转手术治疗;其中 I 级 0 例,II 级 2 例,III 级 7 例,IV、V 级 0

例。9 例中有 4 例为保守治疗 1 周内自行下床活动引起血压下降,3 例为咳嗽、打喷嚏后引发脾脏再发出血,2 例为无诱因下出现 BUS 复查血肿明显增大、腹腔积液增多而中转手术。

## 3 讨论

1881 年,Billroth 在尸检中第一次认识到脾破裂可以自然愈合,由于现代医学的进步,对脾破裂的病人可以动态监测,随时调整治疗方案,非手术治疗的成功率越来越高。自 1952 年 King 和 Schumuker 报道了 5 例脾切除发生全身性凶险性感染(OPSI),促使人们重新认识了脾脏的生理功能,尤其是免疫功能。脾脏是人体内最大的淋巴样器官和免疫器官,它具有造血、滤血、储血与免疫功能。新的研究证明脾在抗肿瘤免疫中亦有重要作用<sup>[2]</sup>。有报道称外伤性脾切除术后 IgM 与补体 C 在 2 年内都有不同程度降低。为避免脾损伤患者手术切脾后对机体免疫产生的影响,我们选择性地对部分病人行非手术治疗,其理论依据如下:(1)脾脏特殊的血管分布为脾破裂的非手术治疗提供可靠的解剖学基础,钝性伤脾破裂多为横行裂伤;(2)在开腹手术中我们发现 80% 脾脏裂口周围已积满凝块,无活动性出血,裂伤处的血凝块嵌塞对继续出血有一定的抑制作用;(3)脾破裂发生出血性休克后,流经脾血流减少,脾有不同程度缩小,这种自身收缩有利于控制出血;(4)脾脏为高度血液化器官,有较好的愈合能力<sup>[3]</sup>。(5)脾外伤合并腹部其他脏器损伤尤其是空腔脏器损伤比较少见,漏渗率低,文献报道为 1%~2.5%<sup>[3,4]</sup>。(6)非手术治疗的成功率不断提高,文献报道大多在 90%~100% 之间<sup>[4,5]</sup>。

在非手术治疗脾损伤过程中,我们注意到几个要点是保守成功的关键:(1)选择适宜非手术治疗的病人,病人应血液动力学稳定,或仅有轻中度失血性休克,经补液及输血 400~600mL 后休克能很快纠正,维持稳定无继续失血表现,动态监测生命体征,前 3 天内每小时 1 次,3 天后可 4~6h 1 次,一周后可一天两次;仅有脾损伤而无其他腹内脏器损伤;BUS 和 CT 检查显示脾损伤为 1~3 级,夏穗生教授认为年龄小于 55 岁,无凝血机制障碍为重要标准;(2)绝对卧床休息,持续胃肠减压,做好病人心理护理避免病人激动、用力排便等腹压增高情况,严密监测生命体征,保证心血管功能稳定,脉搏每分钟 100 次以下,收缩压维持在 12kPa 以上,但不宜过高以免再发出血,如出现血压下降、脉搏增快或血红蛋白、红细胞压积进行性下降,提示有活动性出血,应积极手术。(3)BUS 和 CT 动态观察血肿不扩大,腹腔积液(下转第 94 页)

(上接第 64 页)无明显增多,治疗过程中一旦出现血液动力学不稳定,应先行 CT 检查,若 CT 证实不是脾破裂所致血压下降,则可继续非手术治疗,否则应立即手术;(4)观察腹部体征及临床症状逐渐好转;(5)保守过程中应尽量避免并发症,可早期足量抗生素预防感染,静脉营养支持,复查 BUS 和 CT 了解有无膈下积液,感染情况,并可在 BUS 引导下穿刺引流;(6)脾损伤病人绝对卧床至少 1 周以上,住院观察 2~3 周,限制活动 1~2 月后复查;伤后 3 月可从事体力劳动,但此之前一定要 CT 检查证明脾脏创伤已完全愈合,脾内血肿已吸收;(7)保守治疗过程中做好术前准备,必要时中转为手术。我们在治疗中体会到 3d 以内为脾损伤保守失败最高危时期,1 周后再出血可能大大减少,考虑与血块嵌塞及大网膜包裹较紧密有关,但应注意脾坏死、继发感染等后期并发症。

在所有非手术治疗脾损伤成功病例中,我们发现 3 例儿童单纯性脾损伤均保守治疗成功,考虑原因可能为:(1)儿童脾外伤多为坠落伤、运动伤引起,合并多脏器损伤少见,有利于非手术治疗;(2)儿童脾包膜较厚且含较多具有收缩性的弹力纤维,有利于伤口止血和愈合;(3)儿童较成人有较好的出血耐受力。所以我们认为儿童脾损伤条件许可应尽可能非手术治疗。另外,我们随访 21 例病例均未发现腹腔脓肿、脾脓肿、持续低热、肠粘连等并发症出现,复查血像、凝血功能及免疫全套未见异常改变,说明脾挫伤非手术治疗成功后预后良好。

脾脏损伤的非手术治疗对病人的监测、物理器械检查及医生严格掌握病人手术指征要求较高,临床外科的基本原则是抢救生命、治愈疾病。我们在保守治疗过程中有 9 例病人因全身综合情况不稳定而果断中转为手术。盲目的保守治疗只会使病情恶化而错过手术时机。因此,正确的使用非手术疗法,以减轻病人的创伤和痛苦,避免并发症的发生才是最重要的。

参考文献

[1]夏穗生,曹秀峰,姜洪池.现代脾脏外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2000.71,74  
 [2]李广华,金玉琳.脾损伤的分类及治疗方法的选择[A].见何三光,夏志平,田利国主编.中国外科专家经验文集[M].沈阳:沈阳出版社.2000;8:1 147  
 [3]Knudson MM, Maull KI. Nonoperative management of solid organ injuries: past, present, and future[J].Surg Clin North Am,1999, 79(6): 1 357~1 371  
 [4]Miller PR, Croce MA, Bee TK, et al . Associated injuries in blunt solid organ trauma: implications for missed injury in nonoperative management[J]. J Trauma,2002,53(2):238~244  
 [5]Patrick DA,Bensard DD, Moore EE,et al. Nonoperative management of solid organ injuries in children resulting in decreased blood utilization[J]. J Pediatr Surg,1999, 34(11): 1 695~1 699

(收稿日期: 2005-03-09)

# 博士达——

## 永远的事业,永远的朋友!

博士达 药业位于江西西部,距南昌 110 公里,片剂、胶囊剂、颗粒剂通过国家 GMP 认证,可生产 30 多种中西成药。国家级新药 2 种,国家中药保护品种近 10 种。

公司成立有博士达医药科技发展中心、《博士达通讯》编辑部、《博士达医药博览》编辑部、中医药博士学术发展促进会、博士达敖阳助学扶困基金会,已在南京中医药大学、江西省中医药研究院、陕西中医学院等机构设立多项奖学金、助学金、新药开发基金。

博士达药业注重文化建设,注重人才培养,现有生产技术、营销及管理人才 500 余名,95%以上具有大专以上学历,拥有硕士、博士近 20 名。主要品牌复益草复方益母草胶囊、伊藤丹胶囊、金宏声复方瓜子金颗粒、汝快欣乳块消片、仕乐生六味安消胶囊、适贝高儿宝颗粒、洁利斯抗宫炎片、安汝经慈航片、皮安诺肤痒颗粒、一音利通窍鼻炎片等,已成为不少医院、药店的畅销品牌与患者喜爱的药品。

企业连续多年被江西省政府命名为先进企业、江西省著名商标、江西省重点制药建设单位。

作实、作强、作大、走稳、走快、走远。博士达药业将不断推出质量稳定、疗效确实、具有核心技术和成长潜力的产品,为社会大众健康服务。

有了您的支持,博士达才得以长足发展!

有了您的厚爱,博士达才得以健康成长!