

基层创伤性脾破裂 27 例诊疗体会

聂武光 苏军

(江西省武宁县鲁溪中心卫生院 武宁 332301)

摘要:目的:探讨基层创伤性脾破裂的诊断和治疗。方法:对我院 2008 年 7 月~2010 年 11 月 27 例创伤性脾破裂的诊断与治疗进行回顾分析。创伤性脾破裂 27 例,手术治疗 18 例,其中行全脾切除 5 例,脾部分切除 3 例,脾修补 7 例,脾切除加自体脾网膜移植 3 例,保守治疗 9 例。结果:治愈 25 例,死亡 2 例,1 例死于合并脑挫伤,1 例因广泛后腹膜出血死于失血性休克。结论:早期准确的诊断及正确评估脾破裂状况、选择简单有效的治疗方案是治疗创伤性脾破裂患者的关键。

关键词:创伤性脾破裂;诊断;治疗

中图分类号:R 657.62

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.056

脾位于左上腹的后方,是一个血供丰富而质脆的实质性器官。尽管有下胸壁、腹壁和膈肌的保护,但外伤暴力很容易使其破裂引起内出血。脾是腹部内脏中最容易受损伤的器官,发生率占各种腹部损伤的 20%~40%,已有病理改变(门脉高压症、血吸虫病、疟疾、淋巴瘤等)的脾更容易损伤破裂^[1]。现将我院 2008 年 7 月~2010 年 11 月收治外伤性脾破裂 27 例诊治情况报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 22 例,女 5 例;年龄 14~64 岁,平均 39 岁;其中车祸伤 18 例,高处坠落伤 6 例,挤压伤 2 例,锐器伤 1 例。受伤至入院时间为 20 min~4 h,平均 2 h;住院时间 7~31 d,平均 19 d。

1.2 脾损伤部位和程度 脾上极 15 例,脾膈面 8 例,脾门损伤伴脾撕裂 1 例,脾脏多处损伤 3 例。破裂程度:根据裂伤的深度、长度和破裂的范围,参照 2000 年天津第六届脾外科学术研讨会制定的脾损伤Ⅳ级分级法,并经 B 超证实:Ⅰ级 10 例,Ⅱ级 13 例,Ⅲ级 3 例,Ⅳ级 1 例。18 例腹腔穿刺均可抽出不凝血液。

1.3 合并症情况 本组除胸腹壁软组织损伤外,单纯脾破裂者 19 例,合并其它脏器损伤者 8 例。合并肾挫裂伤广泛后腹膜血肿 1 例,肋骨骨折、血气胸 2 例,颅脑挫伤 1 例,胃肠道挫伤 1 例,四肢骨骨折 3 例。

1.4 治疗方法 本组 27 例,保守治疗 9 例,手术治疗 18 例,手术方式有全脾切除 5 例,脾部分切除 3 例,脾修补 7 例,脾切除加自体脾网膜移植 3 例。术中均放置腹腔引流管,引流出淡血性液体 100~500 mL。

2 结果

本组 27 例治愈 25 例,占 92.6%;死亡 2 例,占 7.4%。1 例死于合并脑挫伤,1 例因广泛后腹膜出血死于失血性休克。

3 讨论

脾脏血运丰富,组织脆弱,被与其包膜相连的诸韧带固定在左上腹的后方,尽管有下胸壁、腹壁和膈肌的保护,但外伤暴力很容易使其破裂引起内出血。脾是腹部内脏中最容易受损伤的器官,发生率占各种腹部损伤的 20%~40%,脾脏又是人体最大的淋巴免疫器官,除具有造血、滤血、毁血、储血等生理功能外,还具有抗感染免疫和抗肿瘤免疫功能。20 世纪 80 年代以来,人们注意到脾切除术后病人对感染抵抗力降低,甚至发生以肺炎链球菌为主要病原菌的脾切除后凶险性感染(OPSI)而致死(特别是婴儿)^[2]。

3.1 诊断方法 创伤性脾破裂的及时诊断对挽救患者的生命至关重要。创伤性脾破裂的诊断主要依赖:(1)损伤病史,特别是左上腹或左季肋区的外伤史。(2)临床以左上腹为中心的腹痛伴有内出血的表现,特别是有血流动力学不稳定的伤员。(3)查体以左上腹为中心的压痛、叩击痛,特别是伴有腹腔内低位移动性浊音。(4)腹腔诊断性穿刺抽得不凝固血液等。腹穿有不凝固的血液是内出血最简便的诊断方法,简单易行,在床边不必搬动病人即可进行,创伤性不大而敏感性又高,腹腔穿刺具有操作简便、快速、诊断率较高的优点,其准确率可达 88.4%~93.8%,但脾包膜下裂伤伴包膜下血肿的病例,临床表现不典型,腹腔穿刺阴性,腹腔灌洗诊断一时难以确定。(5)对诊断确有困难,B 型超声、CT 或选择性腹腔动脉造影等帮助可明确诊断^[3]。所以,在基层医院接诊创伤患者时,特别是左上腹或左季肋区的外伤患者,应重视病史采集,进行全面系统地体格检查,对怀疑有内出血的每一例患者均应行诊断性腹腔穿刺,必要时还要进行多部位变动体位穿刺。同时我们还要注意以下几类患者:(1)生命体征平稳、血流动力学稳定、腹部体征不典型的患者;(2)合并空腔脏器、胆道、胰腺和肝(下转第 87 页)

表 4 肝复康片对大鼠脏器指数影响的 (X±S) g/kg

时间	组别	对照组		高剂组		中剂组		低剂组	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
给药 13 周	脑	6.92± 0.99	4.72± 0.87	7.17± 0.34	5.03± 0.40	7.26± 0.50	4.71± 0.49	7.49± 0.42	5.18± 0.15
	肝	31.12± 5.38	29.63± 2.87	30.63± 2.42	31.22± 1.59	31.87± 1.62	28.92± 3.19	32.70± 4.10	28.24± 2.70
	心	3.41± 0.20	3.40± 0.34	3.40± 0.24	3.51± 0.35	3.56± 0.47	3.37± 0.25	3.73± 0.23	3.22± 0.19
	胸腺	1.88± 0.59	0.90± 0.20	1.68± 0.31	1.17± 0.19	1.67± 0.27	1.22± 0.35	1.68± 0.32	1.20± 0.37
	肺	6.01± 0.66	5.28± 0.63	5.42± 0.69	5.54± 0.24	5.34± 0.77	4.66± 0.87	5.74± 0.52	5.39± 1.17
	肾	3.18± 0.38	3.14± 0.34	3.09± 0.40	3.22± 0.19	3.28± 0.38	3.24± 0.24	3.28± 0.39	3.27± 0.17
	脾	2.66± 0.17	2.04± 0.37	2.74± 0.52	2.05± 0.34	2.54± 0.39	1.78± 0.22	2.79± 0.62	2.00± 0.24
	睾丸 / 子宫	2.32± 0.67	3.95± 0.28	2.00± 0.56	3.66± 0.10	2.02± 0.28	3.51± 0.20	1.91± 0.39	3.71± 0.64
	附睾 / 卵巢	0.46± 0.07	1.40± 0.16	0.43± 0.08	1.54± 0.30	0.49± 0.11	1.31± 0.12	0.59± 0.19	1.45± 0.50
	肾上腺	0.13± 0.02	0.06± 0.01	0.14± 0.03	0.06± 0.01	0.14± 0.03	0.06± 0.01	0.16± 0.03	0.07± 0.01
	脑	7.39± 0.35	4.96± 0.77	7.06± 0.55	4.92± 0.40	7.19± 0.72	5.04± 0.60	7.11± 0.77	4.99± 0.37
	肝	32.47± 3.40	28.20± 2.84	31.09± 3.38	30.51± 2.13	30.02± 3.21	28.98± 2.69	32.09± 3.93	29.78± 2.63
给药 26 周	心	3.86± 0.68	3.33± 0.27	3.78± 0.40	3.45± 0.25	3.63± 0.41	3.36± 0.33	3.44± 0.23	3.32± 0.14
	胸腺	1.77± 0.39	0.98± 0.21	1.83± 0.34	0.95± 0.23	1.59± 0.37	1.10± 0.31	1.57± 0.32	1.12± 0.32
	肺	5.95± 0.65	5.44± 0.68	5.61± 0.57	5.47± 0.63	5.54± 0.67	5.29± 0.99	5.66± 0.68	5.25± 0.69
	肾	3.25± 0.35	3.34± 0.31	3.23± 0.50	3.33± 0.27	3.15± 0.33	3.29± 0.21	3.17± 0.29	3.25± 0.21
	脾	2.70± 0.77	2.14± 0.68	2.58± 0.35	1.93± 0.35	2.67± 0.78	1.96± 0.22	2.80± 0.67	2.14± 0.66
	睾丸 / 子宫	2.01± 0.31	3.86± 0.34	2.00± 0.67	3.62± 0.43	1.71± 0.63	3.72± 0.49	1.86± 0.50	3.57± 0.21
	附睾 / 卵巢	0.50± 0.07	1.45± 0.22	0.49± 0.18	1.43± 0.11	0.49± 0.18	1.43± 0.20	0.45± 0.09	1.47± 0.27
	肾上腺	0.16± 0.03	0.07± 0.02	0.14± 0.02	0.05± 0.01	0.14± 0.02	0.06± 0.01	0.14± 0.04	0.06± 0.01
	脑	6.80± 0.70	5.16± 0.47	7.10± 0.30	4.99± 0.32	7.18± 0.51	4.93± 0.35	7.34± 0.51	4.67± 0.96
	肝	32.02± 3.20	26.50± 1.95	31.37± 1.91	28.92± 2.14	32.42± 2.10	28.22± 2.90	33.31± 2.55	29.92± 3.27
	心	3.58± 0.24	3.22± 0.18	3.97± 0.56	3.34± 0.16	4.10± 0.63	3.34± 0.17	3.64± 0.22	3.47± 0.48
	胸腺	1.59± 0.39	1.14± 0.40	1.73± 0.44	0.97± 0.20	1.80± 0.47	1.09± 0.25	1.47± 0.13	1.24± 0.30
恢复期	肺	5.63± 0.32	5.40± 1.37	5.66± 0.45	5.78± 0.73	5.77± 0.70	4.92± 0.79	5.25± 0.80	5.15± 0.48
	肾	3.25± 0.23	3.19± 0.44	3.19± 0.31	3.21± 0.17	3.52± 0.35	3.42± 0.27	3.49± 0.31	3.26± 0.18
	脾	3.02± 0.98	2.03± 0.37	2.39± 0.51	2.33± 0.90	2.63± 0.33	1.86± 0.28	2.77± 1.06	1.95± 0.17
	睾丸 / 子宫	1.81± 0.28	3.69± 0.63	1.73± 0.37	3.68± 0.23	1.90± 0.52	3.36± 0.57	1.84± 0.37	3.86± 0.26
	附睾 / 卵巢	0.55± 0.22	1.26± 0.18	0.42± 0.06	1.32± 0.07	0.51± 0.03	1.35± 0.11	0.47± 0.12	1.40± 0.26
	肾上腺	0.14± 0.02	0.07± 0.01	0.16± 0.04	0.06± 0.01	0.14± 0.02	0.06± 0.02	0.14± 0.05	0.06± 0.01
	参考文献	[M].1994.20							

[1]陈奇.中药药理研究方法学[M].北京:人民卫生出版社,1993.119

(收稿日期: 2011-03-29)

[2] 中华人民共和国卫生部药政管理局. 中药新药研究指南·毒理学

(上接第 82 页)脏损伤等表现为弥漫性腹膜炎所掩盖者;(3)包膜下出血,出血量少,腹腔穿刺阴性者;(4)合并脑挫伤昏迷患者;(5)腹部以外合并伤表现突出者。

3.2 创伤性脾破裂的治疗 通过伤员血流动力学情况和影像评估脾破裂状况,选择简单有效的治疗方案是治疗外伤性脾破裂患者预后的关键^[4]。失血性休克是外伤性脾破裂的重要死亡原因,因此伤员入院后应在上肢、锁骨下静脉快速建立两条以上静脉通道快速输注平衡盐,必要时行颈内静脉、锁骨下静脉切开置管。同时定血型备血。对于经过抗休克治疗效果不佳的患者,要同时积极准备手术,边抗休克边手术。既往基层医院治疗创伤性脾破裂首选脾切除,但近年来随着对脾功能的认识,特别是婴幼儿对感染的抵抗力减弱甚至发生脾切除后凶险性感染。同时随着基层超声影像技术的进步,创伤性脾破裂的保脾治疗逐渐被基层外科医生接受^[5]。我院自 2008 年 7 月~2010 年 11 月收治的 27 例创伤性脾破裂经保守治疗 9 例,脾部分切除 3 例,脾部分切除加自体脾网膜移植 10 例,全脾切除 5 例,均痊愈出院。术后经随访无并发症出现。根据本组病例治疗体会如下:(1)并非所有的创伤性脾破裂都需要手术切除,对一些血流动力学稳定、休克

症状较轻、影像学证实脾破裂为 I~II 级、没有腹腔其他脏器合并伤者可在严密观察生命体征和腹部体征的前提下采取卧床休息、补液、止血和抗感染等保守治疗。(2)在创伤性脾破裂的手术治疗中应尽量采取脾修补术、部分切除术、脾动脉结扎等保脾术式,尽可能地保留脾功能。(3)在全脾切除时应常规行脾组织大网膜移植。(4)对血流动力学不稳定、影像学证实为 III~IV 级或伴有空腔器官损伤者应该尽早果断剖腹探查。

3.3 合并伤的处理 本组中 1 例死于合并脑挫伤,1 例因广泛后腹膜出血死于失血性休克。可见合并伤的处理极为重要,特别是致命性的颅脑损伤、张力性气胸等应优先积极处理。同时还应保持呼吸道通畅,并充分给氧治疗,必要时可行气管切开,以避免低氧血症而致死亡。

参考文献

[1]林江明.脾损伤 86 例诊治体会[J].临床外科杂志,2006,14(12):823-824
[2]裘法祖.外科学[M].北京:人民卫生出版社,1984.409-410
[3]陈小春,张桂英,余小舫.外伤性脾破裂的诊断与治疗[J].肝胆胰外科杂志,2004,16(3):200-201
[4]吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1986.1 316-1 317
[5]夏穗生.我国脾脏外科的发展回顾[J].中国实用外科杂志,2004, 24(12):705-707

(收稿日期: 2011-01-31)