

文章编号:1005-6947(2004)01-0071-01

· 临床报道 ·

# 保脾术治疗小儿脾破裂

张建林, 闫杰

(河南省泌阳县人民医院 外一科, 河南 泌阳 463700)

**摘要:**为探讨保脾手术在小儿外伤性脾破裂中的应用。笔者回顾性分析了15例外伤性脾破裂患儿行保脾手术的临床资料。结果示全部病例均治愈。12例于3~6个月经B超和核素锝扫描,检查脾均存活。提示只要遵循保脾治疗的基本原则,保脾手术在小儿外伤性脾破裂中的应用安全可行。

**关键词:**脾破裂/外科学;保脾术

**中图分类号:**R657.62 **文献标识码:**B

我院自1991年10月~2001年10月,共收治小儿脾破裂25例,其中行保脾手术15例,占同期小儿脾破裂的60.0%。取得良好效果,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

男11例,女4例。年龄为3~15(平均9)岁。全组均有外伤史及腹腔内出血表现。致伤原因:坠落伤4例,车祸6例,挤压伤2例,拳击伤1例。损伤程度按第六届全国脾脏外科学术研讨会“脾脏损伤程度分级”标准<sup>[1]</sup>:I级4例,II级9例,III级2例。

### 1.2 手术方法

本组均用气管插管加全麻。取左上腹探查切口或左肋缘下斜切口;进腹后首先控制出血,分离显露脾脏。对脾动脉无损伤且能适应保脾者,清除失活的脾组织及血凝块,适当修整创缘,使之较为整齐,尽可能不造成大的缺损。明显的出血给予缝扎;修补时用10号丝线或1号医用可吸收缝线作水平褥式间断缝合。缝合时要使缝针穿过创缘的基底部,以免留有死腔。若损伤不能直接修补,则行不规则脾部分切除。为预防缝线的切割,采用大网膜连同脾裂口周围组织一起缝合,而后一并打结。对脾破裂伤口小或修补后针眼及缝线切割处渗血者,采用大网膜包绕脾脏后,再以肠线捆绑脾脏。于脾周常规放置有效引流管。

### 1.3 术后处理

术后严密监护。严格卧床48h以上。引流管留置48h以上,观察有无出血及渗出。补液、抗生素的应用及饮食同一般腹部手术。

## 2 结果

本组行脾修补术12例,脾部分切除3例。全部病例痊愈出院,平均住院11d。出院前行B超检查,均无局部积液或脾周脓肿。出院后限制活动3个月。有12例获随访,随

访时间为6~12个月。术后3~6个月用B超或同位素锝扫描监测留脾均存活良好。检测IgG, IgE, IgA, IgM, 补体C3等免疫指标均在正常范围,全组近期无暴发性感染(OPSI)发生。定期复查血小板也在正常范围。

## 3 讨论

业已证实脾具有抗感染、抗肿瘤功能<sup>[2]</sup>,特别在小儿其强有力的免疫功能已被证实。儿童切脾后OPSI的发生率在5%左右<sup>[3]</sup>,且年龄越小,发生率越高。因此,在可能的情况下尽量保留脾脏,可避免无脾所致的机体免疫功能低下及脾切除后OPSI这一致命并发症的发生。一般认为脾切除不能超过2/3,因为有人认为保留脾脏5.0%以上才能维持其免疫功能<sup>[4]</sup>。对保脾手术应强调的根本原则:抢救生命第一,保留脾脏第二;年龄越小越要保脾<sup>[4]</sup>。

笔者认为,临床上小儿较成人的保脾手术成功率相对较高,因为:(1)小儿脾脏较成人脾脏质地柔软,韧性较好,单位面积抗击力强,不易破裂或破裂较轻;(2)小儿体重轻,从高处着地时,脾损伤相对较轻;(3)小儿基础血压偏低,血管弹性好,同样大小的裂口,出血量也较成人相对为少;(4)小儿腹壁薄弱,脾窝浅,易于暴露,且脾被膜相对较厚,客观上为保护脾脏提供了良好的条件。总之,要遵循在保证生命安全的前提下,采用保脾手术,同时要根据具体伤情,术者的经验及医院的医疗条件,综合考虑,灵活掌握,才能取得良好的临床效果。

## 参考文献:

- [1] 乔海泉,姜洪池,代文杰.脾损伤新分级的意义[J].腹部外科,2001,14,(4):197-198.
- [2] 王荣泉,许焕建,鲁保春,等.脾修补、规则性脾部分切除和自体脾移植术后临床和免疫功能观察[J].腹部外科,2000,13(3):172.
- [3] 黄韬,保脾手术的适应证和术式选择[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):712.
- [4] 谭毓铨.现代肝胆胰脾外科[M].第10版.长春:吉林科技出版社,1992.346.

收稿日期:2002-06-21; 修订日期:2003-08-16。

**作者简介:**张建林(1963-),男,河南泌阳人,河南省泌阳县人民医院副主任医师,主要从事肝胆外科方面的研究。