

文章编号:1005-6947(2005)04-0319-02

· 临床报道 ·

# 非手术治疗脾破裂:附 27 例报告

刘应高

(湖南省湘潭县中医院 外科, 湖南 湘潭 411228)

**摘要:**为探讨非手术治疗脾破裂适应证及非手术治疗的效果,笔者回顾性分析了 27 例外伤性脾破裂采用非手术治疗的临床资料。损伤程度 I 级 19 例,II 级 8 例。除 1 例在治疗期间因腹膜炎症状加重中转开腹手术外,其余 26 例均经非手术治疗痊愈。提示非手术治疗无腹内外严重合并伤,且血流动力学稳定的 I,II 级脾破裂是一种安全有效的方法,尤其适宜于小儿。

**关键词:**脾破裂/治疗; 创伤和损伤  
**中图分类号:**R657.6      **文献标识码:**B

临床上常观察到有的脾破裂患者在剖腹探查时出血已经停止,脾裂伤处已被血凝块所堵塞。基于以上情况,依据文献报道,我院自 1995 年 1 月~2004 年 6 月选择 27 例(占 112 例同期脾破裂的 24.1%)脾破裂行非手术治疗,取得满意效果。报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 17 例(63.0%),女 10 例(37.0%);年龄 3~47(平均 16.6)岁;其中 3~14 岁 18 例(66.7%),15~47

岁 9 例(33.3%)。伤后就诊时间最短 1.5h,最长 3d。本组均为外伤性闭合性脾破裂。致伤原因:坠落伤 11 例(40.7%),车祸伤 8 例(29.6%),摔伤 5 例(18.5%),钝击伤 2 例(7.4%),挤压伤 1 例(3.7%)。合并伤包括软组织挫裂伤 21 例,左侧肋骨骨折 15 例(其中 2 例为多根单处骨折),四肢长骨骨折 2 例,血气胸 3 例,肺挫伤 1 例及结肠损伤各 1 例。

### 1.2 诊断及脾破裂分级

患者入院后在血流动力学稳定前提下,均经 B 超和/或 CT 检查确诊并分级。常规行胸部、腹部照片和腹腔诊断性穿刺等检查,排除腹部其他脏器损伤以及腹部以外其他严重合并伤。脾破裂的程度按美国创伤外科学会(AAST)影像学分级<sup>[1]</sup>(附表),本组 I 级 19 例(70.4%),II 级 8 例(29.6%)。

**收稿日期:**2004-11-25; **修订日期:**2005-02-21。  
**作者简介:**刘应高(1967-),男,湖南湘潭人,湖南省湘潭县中医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。  
**通讯作者:**刘应高 电话:13875214990(手机)。

出血,中转开腹,从胆囊管中挖出结石一枚,嵌顿厉害,胆汁为白胆汁。II 型 Mirizzi 综合征 1 例,胆囊胆总管瘘在镜下不能处理,中转开腹。笔者认为适时中转开腹也是明智选择。

切除胆囊取出胆囊标本后,术者应常规检查肝十二指肠韧带内胆总管走行是否完整,管壁是否充盈,观察胆囊床及肝十二指肠韧带组织上是否有点片状“黄染”,常规直视下检查胆囊有无异常管道从胆囊发出,有助于进一步判定有无胆管损伤,以便及时采取应对措施。

综上所述,笔者认为正确掌握 LC 的适应证,不单纯追求 LC 的数量,术中重视胆管解剖变异,炎症水肿、粘连致胆管正常解剖结构失常的存在;正确分离 calot 三角,适时中转开腹是规避胆管损伤的关键。

## 参考文献:

[1] 刘永雄.“小”手术,大学问——谈作好胆囊切除术[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):577-577.  
[2] Vechio R, Macfadgen BV. Laparoscopic cholecystectomy: review of 40 united states published series[J]. Surgical Endoscopy, 1998, 12(4):547-552.  
[3] 刘国礼.腹腔镜胆囊切除术的现状与展望[J].肝胆胰外科杂志,2000,12(1):1-2.  
[4] 黄玉新,朱炳炎,陆正明,等. Mirizzi 综合征的诊断与腹腔镜胆囊切除术治疗的体会[J].中华消化内镜杂志,2000,17(1):76-77.

附表 脾破裂分级

级别	类型	伤情
I	血肿	被膜下,不扩展,<10%脾表面积
	裂伤	被膜撕裂,无活动性出血,深度<1cm
II	血肿	被膜下,10%~50%脾表面积;脾实质内血肿直径<5cm,不扩展
	裂伤	被膜撕裂,深度1~3cm,未伤及小梁血管
III	血肿	被膜下,>50%脾表面积或正在扩展;破裂的被膜下或实质内血肿;实质内血肿>5cm或正在扩展
	裂伤	被膜撕裂,深度>3cm或伤及小梁血管
IV	裂伤	25%脾脏血管损伤
V	裂伤	脾脏完全撕裂
	血管	脾门血管离断

1.3 治疗方法

入选标准:患者为 I,II 级脾破裂并排除其他严重合并伤,血压 (BP)  $\geq 90/60\text{mmHg}$ , 脉搏 (P)  $\leq 110\text{次/min}$ , 红细胞计数 (RBC)  $\geq 3.0 \times 10^{12}/\text{L}$ , 血红蛋白 (Hb)  $\geq 80\text{g/L}$ , 血细胞比容 (HCT)  $\geq 25\%$ 。治疗期间严密观察病情,严格遵循脾破裂处理原则,按抢救生命、纠正休克、止血、保脾和恢复免疫功能顺序分别轻重缓急处理。除做好随时中转手术和输血准备外,主要方法是:绝对卧床休息 1~2 周,禁食 3~5d,应用止血药,输血,积极防治休克;应用抗菌药物预防感染;镇静止痛;维持水电解质酸碱平衡;持续监测 BP、P、呼吸 (R)、混合静脉血氧饱和度 (SpO<sub>2</sub>)、心电图 (ECG) 1~3d,稳定后改测 BP、P、R 每 4~8h 1 次,至少 1 周;密切观察体温、面色、尿量、浅静脉充盈情况、腹胀、腹痛的性质程度范围、肌紧张、移动性浊音的变化;动态检测 Hb、RBC、HCT;适时行 B 超或 CT 复查。住院观察治疗至少 2~3 周。本组 3 例输血 200~400mL,3 例血气胸行胸腔闭式引流,2 例四肢长骨骨折行小夹板外固定。

2 结 果

1 例 38 岁患者于住院后 8h 内出现腹胀和腹膜炎症状加重,行剖腹探查发现横结肠挫裂伤,结肠内有少量粪便溢出,术中行脾脏切除及损伤结肠修补外置。

其余 26 例 (96.3%) 均经非手术治疗痊愈。14 岁以下儿童 18 例均经非手术治愈 (100%),15 岁以上儿童及成人 9 例中非手术治愈 8 例 (88.9%)。26 例中 3 例出院时脾包膜下仍有少量血肿未完全吸收,但较入院时显著缩小。住院时间最短 14d,最长 28d,平均 19.6d。无死亡病例,无迟发性大出血、脾周脓肿、腹腔内其他部位感染和粘连性肠梗阻等并发症。出院后 25 例获随访 6 个月至 2 年,3 例血肿未完全吸收者伤后 2~3 个月复查 B 超,2 例血肿吸收消散,1 例

出现脾包膜下假性囊肿,后者在 B 超引导下穿刺硬化注射后囊肿消失。

3 讨 论

脾脏具有强大的抗感染、抗癌等免疫功能,尚有储血、造血、滤血、毁血、调节门静脉压力、合成凝血因子等多种功能,对维持人的生命与健康有着重要价值,故治疗脾破裂应尽量保留脾脏。脾血管分支节段性分布规律为脾破裂非手术治疗提供了解剖学基础。钝性伤所致脾破裂多为横形损伤,少有跨节段损伤;脾脏血运丰富,再生能力强,创面能很快愈合。脾包膜和血管系统有较多功能性平滑肌及弹性纤维组织,使脾脏损伤区血管较易收缩止血。上述特点为脾破裂的非手术治疗提供了依据。现代影像学检查的普及和诊断水平的提高,以及血流动力学及其他监测手段的不断完善和发展为脾破裂的非手术治疗提供了有力的保障。非手术治疗脾破裂有如下意义:(1)在保障患者生命,严格选择适应证前提下,采用非手术治疗严密观察,是保脾方式中一种安全有效的方法,尤其适宜于小儿脾破裂患者,能最大限度地保留脾脏的功能;(2)减少了患者遭受手术创伤的痛苦及其带来的并发症,故亦是患方比较乐于接受的治疗方式。

尽管脾脏具有多种生理功能,保脾仍应遵循“抢救生命第一,保留脾脏第二”的原则。脾破裂非手术治疗的前提是单纯性闭合性损伤且限于脾包膜或脾实质表浅裂伤和实质内小血肿的较年轻患者,而大于 55 岁的老人脾组织结构老化,弹性蛋白减少,脾包膜变薄,采用非手术治疗成功率较低,故宜慎重。结合文献报道<sup>[2]</sup>,作者认为脾破裂选择非手术治疗的适应证是:(1)I,II 级脾破裂;(2)排除腹内其他脏器损伤和腹外严重合并伤者;(3)血流动力学基本稳定,动态检测 Hb、RBC、HCT 无进行性下降,或经输血 400~800mL 后病情稳定者;(4)腹痛、腹胀不剧烈,腹膜炎体征不严重者;(5)排除脾脏原来病变;(6)无精神病及凝血机制障碍者。医院设备方面,还必须具备对病情进行持续监测,随时可以输血和中转手术的条件。本组非手术治愈率 96.3%,说明上述适应证选择正确。治疗期间如出现血流动力学不稳定,腹膜刺激征和腹胀明显加重,继续出血,或发现伴有其他需要手术处理的腹内脏器损伤等,应立即中转手术。注意避免腹部以外其他损伤尤其严重合并伤的漏诊并积极治疗合并伤,出院后须继续限制剧烈活动和强体力劳动至少 3 个月,避免感冒咳嗽,并须随访观察至少 3~6 个月。

参考文献:

[1] 戴朝六,许永庆.脾外伤分级与外科治疗的选择[J].中国实用外科杂志,2004,24(12):711-712.  
[2] 刘昌,刘锋,陈变玲,等.创伤性脾破裂的诊治:附 184 例报告[J].中国普通外科杂志,2004,13(7):531-533.