

文章编号:1005-6947(2007)12-1203-02

· 临床报道 ·

# 外伤性脾破裂治疗方法的选择

田忠民

(江西财经大学医院 外科, 江西 南昌 330013)

**摘要:**为探讨外伤性脾破裂治疗方法的合理选择。笔者对82例外伤性脾破裂患者的临床资料进行回顾性分析。82例中采用非手术治疗30例,脾切除术24例,其中16例加行脾片大网膜移植术,脾缝合修补术10例,部分脾切除术18例。治愈82例,治愈率100%。笔者认为,根据脾损伤的具体情况,因地制宜选择治疗方法,既可最大限度地保留脾脏功能,又能安全有效地抢救生命,减少并发症,降低病死率。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1203-1204]

**关键词:**脾破裂/治疗;脾切除术;脾片大网膜移植术

**中图分类号:**R 657.6

**文献标识码:**B

本院自1993年3月—2004年12月间共收治外伤性脾破裂82例,根据病情,选择了不同的治疗方法,取得了较好的临床效果,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男59例,女23例;年龄6~71(平均34.3)岁。

**收稿日期:**2006-09-07; **修订日期:**2007-11-23。

**作者简介:**田忠民,男,江西瑞昌人,江西财经大学医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:**田忠民 E-mail:TZM384@126.com

遇到1例膀胱造瘘前列腺电切术后,拔造瘘管出现全腹膜炎的病例,考虑应激性上消化道溃疡穿孔,腹腔镜下探查证实为膀胱造瘘口位置偏高,尿液进入腹腔所致。本组有1例为胃大弯后壁穿孔,腹腔镜下切开胃结肠韧带,寻到穿孔后缝扎处理,操作也较简单。对于肥胖体型患者,腹腔镜避免了大切口寻找穿孔部位、术后并发症多的缺点。(3)腹腔镜下视野开阔,能无创伤的彻底冲洗、吸引腹腔每一个角落的积液。这是开腹手术无法比拟的。彻底冲洗能减少术后粘连,甚至杜绝了腹腔积液、腹腔感染等并发症的发生。(4)三孔修补法不需使用止血纱布、生物蛋白胶、钛夹等较昂贵的材料,同时由于并发症很少,恢复快,抗菌素使用时间短,住院时间短,与易石坚<sup>[4]</sup>的报道一致。

腹腔镜三孔修补术的注意点:(1)术者站在患者右侧,方便镜下缝合操作。(2)当穿孔处有明显出血时,经穿孔处由内向外“8”字缝扎穿孔边缘可有效止血;(3)当炎性水肿致组织脆弱或穿孔部位大,缝合后发现结扎难以闭合穿孔时不必强行结扎,应将大网膜填塞后再结扎,若大网膜较小较短难以填塞可改用肝圆韧带填塞<sup>[5]</sup>。本组有3例用此法达到满意效果。(4)充分冲洗、吸净后应于穿孔

致伤原因:车祸伤46例,坠落伤13例,钝器伤9例,拳击伤5例,倒塌伤4例,重物压榨伤3例,刀刺伤2例。伤后至入院时间30 min至72 h不等,平均8 h。脾破裂分级:按Gall和Scheele外伤性脾破裂分级:I~II级31例,III级51例。单纯脾损伤60例(73.2%);多发伤22例(26.8%),其中合并肝损伤7例,胃肠损伤3例,腹膜后血肿2例,长骨骨折8例,肋骨骨折3例,骨盆骨折1例。

### 1.2 临床表现与诊断

本组患者均有左上腹疼痛及压痛,伴休克[收缩压<90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏>100次/min]表现的16例,均进行了腹腔穿刺,抽出不凝血77例(93.9%),B超及(或)CT检查63例,均提示有不同程度的脾损伤。术前均诊断为外伤性脾破裂。

旁放置1根腹腔引流管引流,能有效减少腹腔感染。(5)如果术中发现有幽门梗阻,应改开腹胃大部切除、胃肠吻合术。(6)术后按消化性溃疡药物正规治疗2~3疗程,可有效减少再次穿孔的发生几率。

## 参考文献:

- [1] 陈道瑾,丁波泥.腹腔镜胃十二指肠溃疡穿孔修补术[J].中华胃肠外科杂志,2006,9(6):472-473.
- [2] Mouret P, Francois F, Vignal I, et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer[J]. Br J Surg, 1990, 77(8): 1006-1011.
- [3] 陈道达,王国斌,卢晓明.重视消化性溃疡病因和治疗的变化[J].中国普通外科杂志,2003,12(7):481-482.
- [4] 易石坚,李兰兰,邓连兴,等.腹腔镜行消化性溃疡急性穿孔修补术的临床研究[J].中国普通外科杂志,2007,16(6):559-561.
- [5] 马德奎,张少华,彭和平,等.腹腔镜在胃十二指肠溃疡穿孔治疗中的应用[J].中国现代手术学杂志,2005,9(1):14-16.

## 2 治疗及结果

### 2.1 非手术治疗

2.1.1 适应证 患者血流动力学稳定,腹部体征较轻,B超及(或)CT检查为I~II级脾损伤,腹腔出血量在300~500mL以下,除外腹内其它脏器损伤。

2.1.2 治疗方法及结果 卧床休息,禁食,补充血容量,止血、抗炎、镇静等对症治疗。动态观察血流动力学,色素及红细胞压积等。本组82例中30例采用非手术治疗,住院15~38(平均22)d,无1例中转手术,均治愈出院,随访1年无出血及腹痛等并发症。

### 2.2 手术治疗

对不适于非手术治疗的52例采用手术治疗。剖腹探查确定为脾损伤后先阻断脾蒂血流,控制出血,将脾脏游离至切口,直视下判定脾损伤分级,并根据损伤情况采用不同的手术措施。52例中采用单纯脾缝合修补术10例,其中II级损伤1例,III级损伤9例;部分脾切除术18例,均为III级损伤,伴多发伤7例(但排除腹内其它脏器损伤);脾切除术24例(其中16例加脾片大网膜移植),均为III级损伤,伴多发伤15例。术后给予抗炎、止血及支持治疗,无1例死亡未出现严重并发症。住院10~28(平均17)d,均治愈出院。保脾手术患者在出院前进行B超或CT检查未发现脾梗死,全脾切除患者中19例随访2年,无凶险性感染病例。

## 3 讨论

近年来,对脾破裂的治疗观点发生了变化,即尽可能缩小全脾切除的适应证,选择不同的治疗方法<sup>[1-2]</sup>。近10余年来随着小儿外科报道了脾损伤行非手术治疗成功的病例,成人脾损伤非手术治疗的方式亦陆续见诸报道,并逐渐获得肯定。在脾脏外伤的手术中有一些开腹手术只是探查性的,损伤的脾脏已无活动性出血。本组即有3例开腹手术病人,脾损伤创面已停止出血,仅行单纯缝合修补术。本组非手术治疗30例,决定治疗方案前均行B超及(或)CT检查确诊,且按以下标准严格选择病例:(1)伤情简单,无腹内其它脏器损伤。(2)入院时血流动力学稳定或经输血400~600mL后血流动力学稳定(收缩压>90mmHg)。(3)少量或中等量腹腔积血,估计失血量在500mL以下者。(4)神志清楚,有利于病情观察和了解腹部体征。(5)CT和(或)B超检查显示脾损伤程度为I或II级者。老年患者及多发伤患者宜慎重选择非手术治疗。Kohn等<sup>[3]</sup>认为ISS>15则非手术治疗失败的危险性较大,笔者认为如果多发伤较轻,经补液和输血等治疗很快得到控制,脾损伤不重时,仍可采取非手术治疗。本组有5例脾损伤伴四肢骨折,骨盆骨折或肋骨骨折经非手术治疗成功。手术组中有3例术中血压平稳,脾创面无出血。由此可见,本组共有33例脾破裂患者可采用非手术治疗治愈,占40.2%。因此笔者认为脾破裂在严格掌握适应证,严密监测生命体征和积极治疗的前提下采用非手术治疗是

安全有效的。在各种监测手段中,对血液动力学的监测尤为重要,其稳定与否可作为决定手术或非手术治疗的界限。除此之外还应监测血红蛋白、红细胞压积及尿量变化,条件许可应重复B超或CT检查。

对于外伤性脾破裂后失血量大,失血性休克未能纠正或不能除外腹内其它脏器损伤时,应迅速采用手术治疗。术中根据脾损伤程度及患者当时具体情况决定采用何种术式。应尽量争取选用原位保脾术式,无法保留时,可选用脾切除加脾片大网膜移植术。本组有24例行脾切除术,除8例因伴有腹内空腔脏器破裂或病情危重需尽快结束手术外,其余16例都采用脾片大网膜移植术,分别于术后3~6个月间行B超及同位素扫描检查,证实移植后的脾组织成活。对于可行原位保脾的术式,本组主要采用脾缝合修补术及部分脾切除术,两种术式如何选择主要根据脾损伤程度、部位来判定。一般来说,对远离脾门的、浅表的、1~3处的脾裂伤,或裂口较深大的单处脾破裂患者行脾缝合修补术。而部分脾切除术式主要适用于脾脏严重的横形裂伤,脾上极或下级的粉碎裂伤。本组有10例行脾缝合修补术,18例行部分脾切除术均取得良好效果。文献报道有作者认为部分脾切除术无需解剖及结扎脾叶、段动脉,也可保证切除断面无再出血。笔者对此曾作过临床初步观察,在18例部分脾切除术中原有6例未行脾叶、段动脉结扎,在手术结束10~15min内的观察中,脾脏断面有活动性出血者3例,断面未出血者3例。对3例断面出血者再进行脾叶、段动脉结扎后止血。因此笔者认为部分脾切除术还是先结扎脾叶、段动脉更为安全可靠。

对外伤性脾破裂不论采取何种治疗方法,均应遵循抢救生命第一,保留脾脏第二的原则。在施行保脾的手术中应熟知以下基本观点:(1)保脾手术以脾缝合修补术式最能保存脾脏功能;(2)部分脾切除术能保存一定的生理功能,残留脾组织以不低于原体积的30%~50%为宜;(3)脾组织移植术中,移植脾组织总量不少于原脾的1/4~1/3<sup>[4]</sup>;(4)保脾手术不能取代脾切除术,尤其当合并感染及严重休克时。

### 参考文献:

- [1] Hawkins ML, Wynn JJ, Schmach Dc, *et al.* Non operative management of Liver and/or splenic injuries; effect on resident surgical experience [J]. *Am J Surg*, 1998, 64(6): 552-554.
- [2] Cathey KL, Beady WJ, Butler K, *et al.* Blunt splenic trauma: characteristic of patient Srequiring urgent laparotomy [J]. *Am J Surg*, 1998, 64(5): 450-451.
- [3] Kohn JS, CL ark DE, Isler RJ, *et al.* Is computed tomographio grading of splenic injury useful in the nonsurgical management of bluntrauma [J]. *J Trauma*, 1994, 36(5): 385-387.
- [4] 夏穗生. 从现状出发努力促进脾外科向前发展 [J]. *中国实用外科杂志*, 1999, 19(12): 707-708.