

文章编号:1005-6947(2006)06-0478-02

· 临床报道 ·

# 创伤性脾破裂的非手术治疗:附 18 例报告

黄云飞<sup>1</sup>, 刘明辉<sup>1</sup>, 李学伟<sup>1</sup>, 党艳辉<sup>1</sup>, 姜丽娟<sup>2</sup>

(1. 吉林省四平市中心医院 普通外科, 吉林 四平 136000; 2. 吉林省双辽市双山镇医院, 吉林 双辽 136400)

**摘要:**近 8 年来,笔者选择 18 例脾破裂行非手术治疗,成功 16 例(保守成功率 88.9%),2 例因出现延迟性出血而中转手术治愈。全组无死亡。提示在严格掌握适应证和密切动态观察病情变化的条件下,非手术治疗脾破裂是安全可行的,对非手术治疗期间血液动力不稳定或发生延迟性出血者应及时手术。

**关键词:**脾破裂/治疗; 创伤和损伤

**中图分类号:**R641.3 **文献标识码:**B

脾破裂是腹部外伤中最常见的脏器损伤。我科自 1998 年 1 月—2005 年 10 月共收治创伤性脾破裂 82 例,对其中 18 例脾破裂实施非手术治疗,现报告如下。

**收稿日期:**2004-12-31; **修订日期:**2005-12-12。

**作者简介:**黄云飞,吉林四平人,吉林省四平市中心医院主治医师,主要从事肝、胆、胰及内镜、腹腔镜治疗方面的研究。

**通讯作者:**黄云飞 电话:0434-3253325。

守治疗中,除非必要应避免急诊手术。②肝内胆管多叶多段广泛多发结石 18 例,占 31.0%,此类结石分布广泛,手术难度大,胆道镜有时也无法到达,是造成残石率升高及再次手术又一主要原因。防治措施包括术前 B 超及 CT 定位,术中认真探查采用灵活机动之手术方法并结合胆道镜取石,局限于叶段者行叶段肝切除,表浅者及终末胆管结石经肝实质切开取石加引流,肝门部及以上 2~3 级胆管狭窄并结石应切开,整形成盆式后行大口胆肠吻合术<sup>[4]</sup>,本组 10 例病人恢复良好。广泛结石无狭窄者且结石难以取尽,可仅行大口胆肠吻合。(2) 经验技术及设备因素:有 15 例自乡镇卫生院转诊而来,其特点是:设备落后,技术不成熟,没有 B 超、CT,术中造影及胆道镜等设施,加之术者没有胆道手术的经验,手术中麻醉效果不满意,是导致残石率及再手术的又一因素。解决此类问题,首先加强基层卫生院外科医生理论知识的培训及实践技能操作训练,再者需要购进新的医疗设备,无手术把握者请有经验的医生或专家协同手术。本组 58 例中,10 例因首次手术中未能解决肝门部及其以上肝胆管狭窄问题,6 例吻合口狭窄致结石残留嵌顿者,3 例胆总管十二指肠吻合术后返流性胆管炎。均属于初次技术不成熟未能解决狭窄,吻合技术欠佳造成。此类情况仍采用切开狭窄取出结石,成形后行胆肠大口吻合。原吻合口狭窄者,扩大原吻合口,黏膜对黏膜大口吻合,并放置支架 3 个月<sup>[5]</sup>。(3) 术者本身情绪及作风因素。肝胆管多段多叶广泛结石取石时费时难度大,若术者没有耐心及细心是取不净结石的,而且

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 13 例,女 5 例;年龄 12~48(平均 32)岁。主要致伤原因包括:车祸伤 10 例(55.6%),撞击伤 6 例(33.3%),坠落伤 2 例(11.1%),均为闭合性损伤。单纯脾破裂 11 例,合并肾挫伤 2 例,合并肋骨骨折 2 例,合并长骨骨折 1 例,合并轻度头外伤 2 例。受伤至就诊时间 1~14h。

有依靠术后胆道镜及胆肠吻合取石排石思想,将是残石率升高,再手术率升高的又一原因。提倡术中耐心,细心的探查取石是其胆道手术不可缺少的心理因素,术者必须有信心完成手术。

本文通过对 58 例肝内外胆道结石再次手术原因进行分析,认为预防是关键。虽然胆道残留结石及再手术难以完全避免,但做好以下几点,仍可有效降低残石率避免再次手术:(1) 术前对病人全面了解,仔细分析;(2) 选择合适的手术时机和方式。术中仔细探查确认,利用 B 超及造影、胆道镜,邀请有经验的专科医生或专家协助手术;(3) 根据具体病情,并遵循“取净结石、解除狭窄、去除病因、通畅引流”为原则做好每一次手术。

### 参考文献:

- [1] 王炳黄. 胆道结石再手术方式选择[J]. 肝胆外科杂志, 2005, 13(5): 323-324.
- [2] 曹志强, 顾卓云, 张小伟, 等. 我国肝内胆管结石外科治疗现状[J]. 中华外科杂志, 1998, 26: 513-522.
- [3] 耿小平. 胆管结石的外科问题与对策[J]. 肝胆外科杂志, 2002, 10(1): 1-2.
- [4] 黄厚秋, 沙塔尔, 李新义, 等. 肝胆管结石再次手术治疗(附 301 例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 2000, 9(4): 373-374.
- [5] 金晓波, 丁敏勇, 兰金耀, 等. 胆肠吻合术后再手术原因及处理[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(1): 49-51.

## 1.2 临床表现及诊断

左上腹疼痛、压痛18例(100%),腹胀14例(77.8%),恶心、呕吐3例(16.7%),胸痛、胸闷2例(11.1%)。腹部穿刺抽出不凝血为阳性,右下腹穿刺阳性2例(11.1%),左上腹穿刺阳性4例(22.2%)。18例均经腹部超声、CT等检查确诊。脾损伤程度按张峰等脾损伤分级标准均为I~II级<sup>[1]</sup>。

## 1.3 非手术治疗病例选择标准

(1)血流动力学稳定或输液、输血后能够稳定,表现为收缩压 $>90\text{mmHg}$ ( $12\text{kPa}$ ,  $1\text{kPa} = 7.5\text{mmHg}$ ),脉搏 $<100$ 次/min。(2)血红蛋白 $>80\text{g/L}$ ,血细胞比容 $>20\%$ 。(3)无腹腔内其他脏器损伤。(4)年龄 $<50$ 岁。

## 1.4 治疗

(1)患者安置在外科监护病房,绝对卧床1~2周。(2)禁食禁饮至肠蠕动恢复,腹胀者置胃肠减压管。(3)快速补充血容量及纠正水电解质平衡。(4)使用止血剂及抗生素。(5)严密观察生命体征及腹部体征。(6)动态监测血红蛋白、红细胞、血细胞比容、尿量、超声、CT等表现。(7)处理其他合并伤:肾挫伤、肋骨骨折、长骨骨折、头外伤。

## 2 治疗结果

本组1例伤后6d因下地排便而再次出血,遂行急诊手术。另1例伤后2周出院,出院后第7d干家务劳动时再次出血而急诊手术。其余16例均经非手术治疗痊愈,成功率为88.9%。住院天数13~28d,平均15d。出院后随访3~12个月无并发症。本组无死亡病例。

## 3 讨论

近年发现,脾脏具有多种重要功能,参与体液免疫和细胞免疫,其存在可降低肿瘤的发生率。脾切除后,可能会出现以肺炎球菌为主要病原体的凶险性感染。为此,脾破裂除采用粘合凝固止血术、脾修补术、脾动脉结扎术、脾网罩捆绑法保脾止血术、部分脾脏切除、自体脾组织片大网膜内移植术及其他各类保脾手术治疗外,亦有采用非手术治疗者。非手术治疗取得了良好的效果,脾损伤非手术治疗成功率在66.6%~95%<sup>[2,3]</sup>,本组成功率为88.9%。非手术保脾治愈者占整个

脾破裂的18.5%~46.6%<sup>[4,5]</sup>,本组占19.5%。

根据我科非手术治疗脾破裂的经验及文献材料,笔者认为以下情况可采用非手术治疗:(1)入院时血流动力学稳定,或经快速补充血容量后血流动力学稳定,表现为收缩压 $>90\text{mmHg}$ ( $12\text{kPa}$ ,  $1\text{kPa} = 7.5\text{mmHg}$ ),脉搏 $<100$ 次/min。(2)CT显示脾损伤AAST分级为I~II级。(3)无合并腹内其他脏器损伤。(4)年龄 $<50$ 岁;如年龄过大,脾脏结构老化,被膜变薄,非手术治疗成功率低。

笔者认为非手术治疗脾破裂应注意以下几点:(1)适应证选择恰当,应对患者受伤的时间、伤情严重程度等综合考虑;坚持“抢救生命第一,保脾第二”的基本原则。(2)治疗期间,严密监测生命体征的变化,监测尿量。(3)定时查体,以了解有无活动性出血或合并其他腹内脏器损伤。若出现休克不能纠正或纠正后再度出现休克,高度怀疑空腔脏器破裂,或出现明显腹膜刺激征者应立即中转手术。(4)绝对卧床1~2周或更长,直至腹部超声或CT提示脾周积液消失。(5)卧床期间必须防止便秘,必要时口服泻剂或外用开塞露。(6)从事体力劳动应在出院后3个月以上。本组第2例即是因为过早从事体力劳动而再次出血,应引以为教训。(7)定期复查腹部超声或CT以了解脾脏愈合情况。(8)病理性脾破裂不考虑非手术治疗。

## 参考文献:

- [1] 张峰,姜洪池,乔海泉,等.脾脏损伤的临床分级[J].中华肝胆外科杂志,1998,6(2):99.
- [2] 梁健峰,林良辉,张茂忠.外伤性脾破裂诊治体会[J].创伤外科杂志,2000,2(2):102-103.
- [3] 杨平,田建洪,钱忠亚,等.外伤性脾破裂41例非手术治疗的体会[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):763-764.
- [4] 刘昌,刘峰,陈变铃,等.创伤性脾破裂的诊治[J].中国普通外科杂志,2004,12(7):531-533.
- [5] 李文东,蔺锡侯.肝脾损伤的非手术治疗[J].中国实用外科杂志,1999,19(7):390-391.
- [6] 夏穗生,曹秀峰,姜洪池,主编.现代脏器外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2000.4.