维普资讯 http://www.cqvip.com

3.陈伯銮. 临床麻醉药理学. 人民卫生出版社. 2000, 7:303.
4.白勇. 氯胺酮－异丙酚静脉复合麻醉. 中华麻醉学杂志, 1996, 7(16):295.
5.欧阳葆怡. 静脉注射异丙酚或咪唑安定对呼吸循环功能的影响. 中华麻醉学杂志, 1996, 7:299.

(收稿日期:2002－06－18)

外伤脾切除后自体脾组织移植的临床应用

柳运海* 高 飞* 韩 力* 孙 林* 邵本琛*

近年来,脾脏外科有了长足进展,主要标志之一是对脾脏功能有了新的认识,对脾脏功能认识程度的逐步加深又促进了脾脏外科的发展,两者相得益彰,不可或缺。自体脾组织移植(以下简称脾组织移植)在国内外已被接受为脾破裂进行保脾手术的主要措施之一。我院自1999年1月至2000年4月,因外伤脾破裂无法修补,行全脾切除术后自体脾组织移植32例,术后随访观察均获得满意疗效。

一、资料与方法

1.临床资料:1999年1月至2000年4月,因外伤脾破裂全脾切除后自体脾组织移植32例,其中男性24例,女性8例。平均年龄38岁。自体脾组织片大网膜内移植30例,皮下移植2例。平均住院天数13 d。

2.手术方法:脾切除后,剥离1/2脾脏包膜,将1/2的脾脏(约100克)切成2 cm×2 cm×0.4 cm脾片10余块,放入4 ℃生理盐水500 ml(内放入肝素12500 U庆大霉素16万U),反复漂洗[1]。将大网膜展平,提起前叶剪一小孔,将脾片放入用细针固定2针,其过程要注意将脾片铺平放入血运丰富且重叠的地方,以利于脾片成活。

3.观察指标:术后随诊最短时间4周,最长3个月。主要检测外周血IgM、IgA、IgG值的变化,痘痕红细胞平均出现百分率,以及B超,99mTc扫描来观察移植脾片成活和吞噬功能恢复情况[2]。

二、结果

除2例皮下移植的病人出现切口感染,脾片组织坏死外,其余30例大网膜内移植的病人恢复良好,未发生腹腔内感染、肠粘连、肠扭转等并发症。检测外周血IgM、IgA、IgG均在正常水平,痘痕红细胞平均出现率也在正常范围之内。B超、^{99m}Tc扫描证实脾片有增大,生长情况。

三、讨论

在80年代初,chattejee等进行了脾切除后自体脾组织移植的实验研究,将兔、大鼠自体脾组织片移植皮下,肌肉等处,手术成功率超过90%。随后,Patel, Minikan等分别进行了临床应用,将脾组织片移植到网膜囊内获得满意效果。国内自1984年开始刘乐欣、姜洪池、马宏敏等先后做了系统的报道,也获得满意效果,已经普遍认为是全脾切除后弥补脾脏功能的有效方法。

1.自体脾组织移植的适应证

对外伤性脾破裂的处理,首先是抢救生命第一,其次保脾。在何种情况下,采取何种方法保脾,目前已被广大外科医生所关注。根据作者的临床经验,对下列情况下的脾破裂适应行全脾切除后脾组织移植术。(1)严重的脾破裂。(2)多处深面大的脾破裂,无法进行缝合、修补或部分切除者。(3)脾门撕裂、脾蒂血管离断,发生紧急大出血者。(4)脾蒂血管损伤合并脾上部损伤者。(5)外伤性迟发型脾破裂,但部分脾组织尚有活力者。(6)闭合性腹部外伤,无空腔脏器破裂者。

2.自体脾组织称植的量

全脾切除后,自体脾组织移植量多少,才能够有效地保证脾脏功能,目前尚无统一的规定标准。但多数学者认为移植脾脏的1/3足以代偿脾脏的功能。作者采取1/2左右的脾脏,同时移植的脾块不宜太大,更不宜太厚,一般切成2～3 cm×2 cm×0.4 cm脾组织片10余块。这样可以防止移植物太大时,造成变性、坏死,再生过程缓慢,甚至导致移植物中心缺血性坏死,粘连性肠梗阻,腹腔脓肿等。

3.自体脾组织移植的部位

作者以大网膜两层间为首选。大网膜两层间不但范围大,血运丰富,易于早期建立血运和移植物成活,而且移植物的静脉血流仍回流到门静脉,这一点符合Living－Ston的观点[3]。脾静脉血流到门静脉可使脾功能得到保障。开始移植皮下的2例,因血运不佳,发生坏死继而造成切口感染,以后的30例均移植大网膜内,无一例发生腹腔感染、肠粘连等并发症,而且各种检测手段均证实移植脾组织成活。

参 考 文 献

1.姜洪池,夏穗生. 脾移植的现状与展望. 中国实用外科杂志, 1994, 12:746.
2.余元龙, 师天雄. 外伤脾切除后自体脾片移植的研究. 腹部外科杂志, 1998, 6:272.
3.夏穗生,主编. 现代脾脏外科学. 南京:江苏科学技术出版社, 1990. 45.

(收稿日期:2002－08－26)

* 作者单位:116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院