维普资讯 http://www.cqvip.com

30 外伤性 脾破裂 外科手术 12

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 4 期总第 24 期

治疗

外伤性脾破裂 11 例手术体会

四川省犍为县孝姑中心卫生院 叶超儒

（四川犍为，邮政编码 614405）

R657.620.5

外伤性脾破裂在腹部损伤中较常见，通常病情危重，需及时救治，若疏忽大意而误诊或救治不力，将至严重后果。我科 1991～1996 年共收治外伤性脾破裂 11 例，对其诊断与治疗总结分析如下。

临床资料：①**一般资料**：本组共有 11 例，女性 1 例，男性 10 例，年龄 9～53 岁，其中 20～50 岁 8 例。受伤后入院时间≤1 小时者 3 例，＞1 小时而≤24 小时者 7 例，＞24 小时者 1 例。因跌伤右上腹部者 4 例，拳击伤左上腹部者 2 例，因车祸伤 3 例，从高处坠伤者 2 例，全组均为闭合性损伤。本组病人均于受伤后出现不同程度的腹痛症状，有腹膜症状者 8 例；伴有休克症状，血压＜12/8kPa 者 6 例；伤后行腹部 X 线透视者 2 例；腹透发现右膈上抬，左上腹部脾脏阴影增大者 2 例。11 例均行诊断性腹腔穿刺，共穿刺 15 次，抽出不凝血液者 10 例。②**手术所见**：本组 11 例全部行剖腹探查，脾门部裂伤者 8 例，脾脏广泛挫裂伤 3 例，失血＜500ml 者 1 例，500～1000ml 者 7 例，＞1000ml 者 3 例。收集腹腔出血自家回输者 7 例，术中及术后合血输血者 3 例，合并左胸部肋骨骨折者 3 例。③**治疗结果**：全组病人均行脾脏切除，采用上腹部正中加“上”字形切口 3 例，单纯左旁正中切口 2 例，左旁正中加“卜”形切口 6 例，脾脏切除后行腹腔引流 10 例，其中负压球吸引者 2 例，卷烟引流 8 例，本组 11 例均痊愈出院。术后腹腔内感染者 1 例，出现不全性肠粘连 1 例，术后切口有感染者 2 例，均经保守治疗治愈。

讨论：①**诊断**：早期正确诊断是减少脾破裂患者死亡的关键。左上腹及左胸部损伤后出现腹痛，腹膜炎伴休克症状是诊断脾破裂的主要依据。对临床症状，体征较轻的患者要根据受伤情况和暴力性质，作用部位进行全面分析。不能麻痹大意甚或主观臆断，对可疑脾破裂患者应留院观察以免疏漏而致无法挽回的严重后果。行腹部 X 线透视有助诊断，腹透时见左膈上抬、左上腹脾区阴影增大有助确诊，本组有 2 例。诊断性腹腔穿刺为简单、可靠的诊断手段，本组 11 例，行诊断性穿刺，直接阳性者 10 例。本组误诊 1 例，以阑尾炎收住院手术治疗，分析其误诊原因：①先入为主，病史收集欠详，对病史缺乏全面分析。患者 1 月前因玩耍时被拳头轻微击伤左下胸部，当时症状轻微而未注意，1 月后出现腹痛且放射至左肩部，但由于先入为主，对以上病史及症状均未加以全面而仔细分析而致误诊。②由于患者出血较缓慢，经过输液，生命体征变化不大，未引起足够重视而误诊。②**治疗原则**：脾脏破裂一经诊断或高度怀疑均应立即手术剖腹探查。对术前已有休克现象者，应在迅速扩充血容量的同时尽早积极手术治疗，不必因循守旧一定要等到血压恢复后才手术，因为大出血患者往往只有在进腹止血后才能有真正的转机。手术治疗可根据技术及脾脏损伤情况分析，进行部分切除、修补，脾全切，但方案应力求简单确切有效。进入腹腔后术者一手迅速捺住脾蒂，助手迅速吸尽腹腔内积血。然后探查脾脏损伤情况和韧带松弛情况：对韧带较松弛的脾破裂可径直将其掏出腹腔外，对脾胃韧带及脾结肠韧带较长者，可在直视下将脾脏诸韧带和脾蒂一并结扎；对于一并结扎可能损伤胃或结肠者，可用止血带于脾蒂处止血随后处理各韧带及脾蒂。本组行此法共 8 例。对各韧带较短者可一手捺住脾蒂止血，切开脾肾韧带后叶后将脾脏掏出腹腔按上法处理。在上述掏脾脏过程中不可使用暴力，以免将脾蒂撕裂而招致更大出血。脾脏切除后应常规探查腹腔内脏器，以免遗漏，对确诊的单纯性脾破裂，早期无溶血的患者，可将收集的腹腔积血行自家回输，本组行自家输血 7 例，这对无血源条件的情况下，迅速纠正失血尤显优越和重要。脾切除后术者采用常规腹腔引流在上腹。其一可以使脾切除后创面渗血引出体外，减少术后发热及积液而感染，其二，可以了解创面渗血，及即时发现术后继发性大出血，以防不测。术后加强抗炎治疗以防感染，增强营养支持。

（收稿日期：1997－05－08）

中华外科学会局解手术学学组成员名单（1997 年 9 月中华外科学会批准）

顾问：裘法祖　徐恩多　金绍岐　顾明辉

组长：魏肇安　副组长：陈维佩　韩子玉

委员：（以姓氏笔划为序）王克强　孙大成　汪亚晴　李贵晨　李官禄　杨士豪　陈维佩　贺业春　姜宗来　高克明　郭光金　郭光麟　韩子玉　曾志诚　魏肇安