维普资讯 http://www.cqvip.com

介绍一种脊柱外科手术术中定位X片固定架 …… 马兴为等 (50)
〔无菌术与抗菌术〕
关于聚烯吡酮——碘伏泡手次数与效果的探讨 …… 陈娟娟 陈朝凤 (51)
〔手术护理学〕
人工晶体植入术前术后病情观察及护理 …… 王爱萍 (52)
小儿气管切开术后的护理…… 陶靖平 (54)
直肠癌术后的中医护理…… 赵淑萍 (55)
〔短篇与个例〕
肠重复畸形3例…… 范以群等 (56)
肝管低位汇合1例并文献复习…… 王甲申 (57)
手部动脉多处变异1例…… 冯宗承 (58)
输尿管多发畸形1例…… 刘卫怀等 (59)
睾丸表皮囊肿1例…… 谢 刚 (60)
CO_2激光治疗巨大尿道肉阜1例 …… 张从领 (60)
子宫阔韧带囊肿并子宫多发性平滑肌瘤1例 …… 王怀湘等 (61)
经腹——腹膜后巨大肠脂肪瘤切除1例 …… 李 政等 (62)
〔文摘〕
介绍一种简单安全的脾创伤保留术 …… 刘勇等译 (目录后)

封二

RC57.6

介绍一种简单安全的脾创伤保留术

A. P. Aidonopoulos, et al Aido., AP; 刘勇

脾创伤行全脾切除术的病人常因“脾切除后暴发性感染”(OPSI)而死亡，因而保脾尤为重要。常用的保脾术是缝合式修补法，其中大网膜或明胶海绵修补可用可不用。本文报道的是对上述手术方法的进一步改进。

29名脾闭合式创伤患者用该法进行了脾修补。其中19名男性，10名女性，5～14岁的儿童11名。根据美国创伤联合会的器官损伤印记委员会制订的标准划分，脾Ⅰ级创伤5名，Ⅱ级22名，Ⅳ级2名。术前除常规的临床、实验室检查外，还对病人进行了“动脉性灌流”，病人均有血性流出液。其中3名患者进行了超声和CT扫描。从发病到手术的间隔平均5小时(1～9.6h)腹腔内出血及血块平均量1550ml (200～4250ml)。

修补方法相对比较简单，具体如下：游离脾，取出血凝块，移走压碎成浆状的脾实质，并对周围组织进行全面探查。然后用0号铬制肠线和肝针垂直于裂口并通过全脾被膜行8字缝合，同时将一层薄的明胶海绵覆盖裂口和针孔处。总的来看，27名脾Ⅰ、Ⅱ级裂伤只需用这种简单的方法即可。对2名Ⅳ级创伤者先靠近脾血管下极结扎后行半脾切除，再用明胶海绵填塞修补，10分钟内不出血即关腹。术后所有病人进行左膈下引流。

手术结果：27名患者手术获得成功(93.1%)，他们在24月内无脾修补后的急、慢性并发症、白细胞、血小板、T、B淋巴细胞，IgM、IgG、IgA和Howel—Jolly小体均在正常范围内，修补后经闪烁法、超声和CT检查，脾实质完整，功能良好。两名脾Ⅱ级创伤患者因术后出血，分别于6小时、12小时后进行了二次开腹将脾切除，效果良好。

根据临床经验，较小的脾被膜撕裂出血（Ⅰ级）只需用表面止血剂（明胶海绵和止血胶）；较严重的撕裂和血肿（Ⅰ、Ⅱ级）采用改进的缝合式修补，至于大网膜包盖和止血胶可用可不用；大的脾裂口伤及脾段和脾门血管而致主要血管损伤或活动性出血时（Ⅳ级），则行部分脾切除术；完全的脾碎裂致脾门血管损伤（Ⅴ级），只有行全脾切除或自体移植。

脾是一个生物过滤器，它含有能清除血液中细菌、衰老和有病的红细胞的免疫活性细胞能够产生IgM和调理素，维护IgM的水平和网状内皮细胞的功能。脾切除后IgM水平下降，并且新产生的IgM活性下降，对抗原反应变迟钝，因此脾创伤后如果可能的话，最好保留，不行则部分切除。

本文报导的脾缝合术对保脾来说简单、安全。用0号铬制肠线进行“8字缝合”，从水平和垂直平面扎紧了脾实质内的血管，然后用明胶海绵覆盖，即可达到明显的止血效果。

摘译自 [Injury: International Journal of the care of the Injured, 1993, vol. 24/NO. 5, 300～302]

刘勇 高东译 陈维佩 校

脾，创伤，外科手术，保脾术。