维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.3

胰体尾段脾动脉结扎脾修补术14例分析

王树卿* 金锡尊 荆洪生*

【摘要】 目的 探讨远离脾门结扎脾动脉后脾修补术治疗脾破裂。方法 剪开胃结肠韧带，在胰体尾后上方找到脾动脉后结扎，保留胃短动脉和胃网膜左动脉对脾脏的血供，并缝合脾裂口。结果 14例中1例出现脾坏死，其余13例保脾成功。结论 远离脾门结扎脾动脉主干后缝合修补、保脾效果良好。

【关键词】 远离脾门 脾动脉结扎 脾破裂修补

Analysis of 14 cases of splenorraphy with splenic arterial ligation at pancreatic body or tail *Wang Shuqing, Jin Zixun, Jing Hongshoung. Department of General Surgery, First Affiliated Hospital, Jiamusi university, Heilongiang 154002*

【Abstract】 **Objective** It is researched that the splenic injury were treated by ligation of splenic artery and splenorrahy. **Methods** After ligating the splenic artery at pancreatic body or tail, the splenic injury was sutured preserving the arteriae gastricae breves and arteria gastroepiploica sinistra. **Results** One of 14 cases was operated again because of splenic necrosis, the others were remained successfully. **Conclusion** It is good effect on preserving the spleen after splenorraphy and ligating the splenic arterial trunk far from hilus lienis.

【Key words】 Far from hilus lienis Ligation of splenic artery Splenorraphy

脾脏是腹部闭合性损伤中最易受损的脏器，其发病率约占各种腹腔脏器损伤的40～50%。随着对脾脏生理功能研究的深入，保脾手术显得愈重要。我院自1996年1月～1999年12月采用脾动脉结扎后脾修补术，对14例脾破裂患者进行治疗，取得良好效果。

资料与方法

一、临床资料：病人均为我院住院患者，男9例，女5例，年龄15～50岁，系腹部闭合伤，经B超或CT诊断，并经腹腔穿刺液镜检，无明显证据表明空腔脏器破裂。受伤时间在6小时以内，术前血压在12/8千帕以上。术中探查，均属真性脾破裂。其中上极4例，下极10例，膈面9例，脏面5例，最深裂口达2.5厘米。伴有肠系膜血管破裂者2例。

二、手术方法：选择左上腹经腹直肌切口，探查全腹脏器，证实无空腔脏器破裂。肠系膜血管破裂予以结扎止血。在胃结肠韧带左侧无血管区剪开，向上牵胃，经小网膜囊找到胰体尾部，直角钳钝性分离胰体尾上缘被膜，在胰体尾后上方触摸探明脾动脉主干，钝性分离后，4号丝线结扎。充分显露脾脏破裂处，必要时可切断脾结肠韧带和/或脾肾脾膈韧带，松解脾脏使之易托出腹外。但必须保留脾胃韧带，切勿损伤胃短动脉和胃网膜左动脉。用羊肠线结节缝合脾破裂处，进针深度要超过裂口底部。清理腹腔，关闭大网膜，脾下方放置引流管，结术手术。术后密切观察48小时生命指征和腹腔以。

结 果

14例病人经脾动脉结扎后，破裂口出血速度明显减慢，同时脾脏颜色稍变暗，肠线缝合裂口后完全止血。1例病人术后持续性左上腹痛，并向左肩放散，伴有高热。CT复诊显示脾脏密度明显减低，疑诊脾坏死，于术后48小时再次开腹证实诊断行脾切除术。另外2例腹腔引流液-过性淀粉酶增高，对症治疗后恢复正常。其余11例病人术后病程平稳，无并发症。

讨 论

一、理论依据：脾脏具有储血、造血、滤血、内分泌、和免疫功能[2]，其中免疫功能最为重要。脾切除术后，儿童凶险性感染(OPSI)发病率在5%左右，年龄越小发病率越高，成人脾切除术后OPSI发病率在1%左右[2]。因此，脾破裂病人，在抢救生命的前提下尽可能保脾[3]。从脾脏血管解剖来看，脾脏主要由脾动脉供血，结扎脾动脉主干后，人脾门脾动脉压降低1,666～1,999千帕[1]，明显减少血流量，同时脾体积缩小，张力减低，利于缝合修补。反过来说，脾脏又有极丰富的

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

侧支循环，肠系膜上动脉、结肠中动脉、膈下动脉以及脾脏的多条韧带都有血管与脾相连。其中胃短动脉和胃网膜左动脉是最重要的两支。因此，结扎脾动脉主干，不会造成脾脏坏死。

二、病例的选择：脾破裂手术方法有多种，选择本术式时，我们认为①单纯性脾脏真性破裂，或至少不伴有空腔脏器的破裂，以免术后腹腔感染，导致保脾失败。②非脾蒂断裂出血速度快而危及生命者，以免延误抢救生命。③对55岁以上病人，保脾应慎重。此类病人常合并高血压和动脉硬化，脾组织脆性大，缝合易切割脾组织，保脾易失败[4]。④同时伴有胃短动脉和胃网膜左动脉损伤者，不适用本术式，以免脾坏死。本组病人中有一例病人术中探查发现胃短动脉两支破裂出血，缝扎时同时结扎了数支，术后该例出现脾坏死，这是主要原因。

三、手术方法：脾动脉结扎的位置，我们体会，应选在脾动脉的胰体尾段，尽可能远离脾门，从而减少了对脾血管侧支的损坏，特别是避免了破坏胃短动脉和胃网膜左动脉，减少了脾坏死的可能性。缝合脾裂口时进针深度应超过裂口底部，使裂口完全闭合，避免术后裂口内再出血和血肿感染。缝合线打结张力要适度，避免切割脾组织。

参 考 文 献

1. 姜洪池，乔海泉. 脾脏外科临床与进展. 哈尔滨：黑龙江科学技术出版社，1997.4.
2. Resende V, Petroianu A. Subtotal splenectomy for treatment of severe splenic injuries. J Trauma, 1998,44(5):933.
3. 姜洪池，张景芳，许军，等. 保留脾脏手术的术式选择体会. 中国实用外科杂志，1995,11:692.
4. Sherman NJ, Asch MJ. Traumatic splenic injury: splenectomy vs repair. Am Surg 1979,45(10):631.

(收稿：2000-03-20)

·个 案·

外科手术消毒中应把好碘伏质量关

李永新* 杜丽华**

碘伏作为一种广谱高效的杀菌消毒剂，常用于外科手术人员的手、手术区皮肤及医疗器械的消毒，也可用于蔬菜、水果等的消毒。原料为美国药典(XXIII)版收载，国内80年代末即获准生产，其制剂一般为2%水溶液。经过手术科室多年的使用发现有个别不同批号稀释液的颜色深浅不一，消毒后作细菌培养，发现菌落数变化较大。为此本文进行了质量分析，结果如下。

1. 把好进货关

碘伏是由表面活性剂与碘络合而成的不稳定络合物，其中有80%-90%的结合碘可解聚成游离碘。由于碘的沉降作用，高效碘伏经过放置后，溶液的浓度会不均匀。如果分装成小包装前又未混匀，就可能导致即使是一个批号的产品，各桶的浓度也各不相同；不同批号的产品浓度，就更难取得一致。因此，购药时应严把质量关，从信誉好的厂家进货，并索要每批次的药检报告单，定期抽查产品质量。

2. 掌握好使用浓度

碘伏制剂按照药典规定标明产品浓度，不宜使用稀释为多少倍的方法，应根据不同的消毒目的稀释为多少 $ug \cdot ml^{-1}$ 浓度，或百分比浓度为好。因为在一定范围内碘伏的颜色不随着浓度变化而变化，即使浓度降低一两倍，从外观上也不容易看出来，很难引起医院对产品质量的怀疑而掉以轻心。

3. 熟悉使用方法

使用过程中要严把质量关。碘伏中碘含量是决定消毒效果的关键。我们每次稀释药液时，将塑料桶内的药液倒入大口桶内，在稀释时、分装前、使用前，均要混匀，取样作含量测定，再根据稀释液的浓度及体积，按照稀释公式精确计算出高效碘用量，这样才能确保稀释液含量的准确、消毒效果的可靠。

4. 避免敷料对碘伏杀菌力的影响

一次性棉签或纱布在生产过程中，由于各个厂家处理工艺的不同，发现有的含有纤维蛋白，在临床使用过程中遇碘伏其颜色变成兰色，影响了杀菌效力。因此，选择灭菌完全、工艺处理合格的一次棉签或纱布，保证碘伏的消毒效果。

5. 注意药品的合理保存

由于碘具有高挥发性，在使用前后和存储中注意密闭；另外，光线和温度对碘制剂质量影响也较大，应在避光阴暗处保存。

(收稿：2000-06-21)

* 作者简介：400038 重庆市第三军医大学西南医院药剂科
** 西南医院整形科