维普资讯 http://www.cqvip.com

·个案与短篇·

脾外伤的影像特点与诊治体会

史光佳[1]，杨铁成[1]，解永良[2]，张雪梅[2]　（鞍山钢铁集团公司立山医院：1. 外科；2. 电诊科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 脾外伤；影像；诊治
[中图分类号] R657.62；R445　[文献标识码] B　[文章编号] 1672－5042(2005)03－0191－01

脾外伤临床较常见，由于出血量多可并发休克甚至危及生命。我院自1986年至2003年间共收治124例脾外伤患者，均获治愈。现将脾外伤的影像特点与诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共124例，男性86例，女性38例；年龄最小6岁，最大68岁；住院治疗距受伤时间2～72 h不等。入院后均使用彩色多普勒超声诊断仪和CT检查。高空坠落伤30例，腹部撞击伤43例，刀刺伤9例，交通伤34例，背部打击伤8例。本组中114例为急性脾破裂，10例为迟发性脾破裂。根据2000年天津全国第六届脾外科学术会议意见分级：Ⅰ级（脾被膜下破裂，裂口＜5 cm）36例，Ⅱ级（脾裂伤＞5 cm，深1 cm）19例，Ⅲ级（脾裂伤，脾门离断）44例，Ⅳ级（脾广泛破裂，脾蒂受损）25例。脾外伤合并血气胸5例，合并肝损伤6例，合并肠损伤12例，合并左肾损伤9例，合并各种骨折24例，伤后并发休克98例。

1.2 治疗方法

本组经手术治疗104例，其中脾切除96例，脾修补8例；非手术治疗20例，其中中西医结合治疗16例，选择性脾动脉分支栓塞治疗4例。

2 结果

术后并发出血4例（又行2次手术止血），并发肺功能不全15例，切口裂开6例，另有21例出现高热（T＞38 ℃），经积极治疗后均痊愈出院。

3 讨论

3.1 脾外伤的影像特点与诊断要点

急性脾外伤的诊断主要是根据病史、体征、超声、X线、CT检查和腹腔穿刺等。超声检查简便易行、快速准确、无辐射、无创伤，被视为诊断脾外伤的首选方法。脾外伤的超声表现有：①中央破裂，脾实质内显示不规则或圆形的液暗区，可单发或多发；②包膜下破裂，包膜下呈现半月形或不规则的液性无回声或弱回声区，脾实质受压、萎缩和移位，陈旧性血肿可呈强回声表现或出现不规则的索条，使其成为分隔状结构；③真性脾破裂，脾脏轮廓线中断，连同脾实质形成楔形不规则缺口，亦可局部呈碎片状，在脾周围出现液性暗区。当血液量较大时，则可见腹腔游离液体。此外，如X线腹透见左膈肌升高、活动受限，CT见脾周围有渗液或被膜下有液性暗区均具有诊断意义。急性脾外伤的诊断不难，但是对脾被膜下损伤出血或迟发性脾破裂往往由于病史不清、病人症状较轻或同时伴有复合伤而易被忽略，应引起注意。

3.2 脾外伤的院前急救

外伤性脾破裂由于出血速度快、出血量多，可在短时间内发生失血性休克，进而出现呼吸循环障碍，因此脾外伤的院前急救十分重要。医护人员应针对失血这一重要环节，果断采取各项急救措施，如：立即建立2～3条静脉通道快速补液，补充血容量，维持血压，同时备血，辅助吸氧，留置导尿等，在短时间内做好各项术前准备。

3.3 脾外伤的手术治疗和非手术治疗

脾破裂的治疗方法以往主要是进行手术切脾，近年来许多医学专家认为脾脏在免疫调节中起着重要作用。为提高伤员的生存质量，尤其是儿童患者，本文认为对脾外伤的治疗应本着“保命第一，保脾第二”的原则。采用X线下介入治疗，即选择性脾动脉分支栓塞法对轻度的脾破裂伤具有良好疗效。手术中是否保脾应根据脾损伤的程度和类型而定，Ⅰ、Ⅱ级脾外伤，根据情况可采用缝合修补、大网膜填塞缝合修补或用网罩、粘合胶止血等方法保脾；对Ⅲ级脾外伤，由于脾破裂严重已无法修补，应将碎脾切除后移植在大网膜上，使之成活后能继续起到一定的免疫作用；膜下脾外伤主张不行手术处理，而采用中西医结合方法治疗，让病人卧床休息，选用抗菌素、各种止血剂和中药治疗观察，如发生迟发性脾破裂再中转手术。

3.4 脾外伤并发肺功能不全的诊治

本组有15例术后并发肺功能不全，临床表现有呼吸困难、发绀、两肺布满湿罗音、血氧饱和度和氧分压降低等。分析病因主要与脾外伤并发的休克有关。本文认为在抗休克的同时，应注意呼吸功能的支持，如：加压给氧，必要时使用呼吸机辅助呼吸等。如果是胸壁外伤或肺损伤并发气、血胸引起的肺功能不全时，还要做好闭式引流。另外，正确应用激素对稳定肺泡功能，也有一定作用。此外，合理输血和血浆，适当地应用利尿剂对改善肺水肿、低氧血症也能起到积极的治疗作用，从而保证病人安全度过围手术期，尽快康复。

[收稿日期] 2004－11－25　[修回日期] 2005－01－28

（编辑：雷 艳）