维普资讯 http://www.cqvip.com

穿刺成功后再给药，发现药液漏出血管外，及时进行局部封闭，选择刺部位时，要从远端血管开始，经常更换穿刺部位，减轻血管及局部组织的损害。

四、讨论

1.术前腹腔内放药化疗，用于抑制腹水，并可使肿瘤缩小，防止肿瘤扩散，以利肿瘤切除，并使部分晚期病人获得了尽可能切除的机会，但不可过久，一般不超过2个疗程，以免造成难以恢复的骨髓抑制。2.术后腹腔内用药化疗，可用于巩固手术效果，消灭残余肿瘤组织，疗效得以继续巩固，延长各期病人的生存时间。3.护士通过采取各种措施及加强护理以减轻癌症化疗副作用等方面，越来越显得重要。

（收稿：2000－02－18）

延迟性脾破裂的诊治

李铁男* 史炼钢**

延迟性脾破裂是外伤性脾破裂的一种特殊类型，系指腹部外伤48小时以后才表现腹腔大出血症状的脾破裂，它不仅指包膜下脾破裂出血，还包括脾破裂后脾周围血块脱落继发出血和脾脏裂孔小出血缓慢者。我院自1978年1月到1999年4月间，共收治外伤性脾破裂125例，其中延迟性脾破裂19例。现报告有关临床资料，讨论分析其诊治问题。

一、临床资料：本组共19例，男性11例，女性8例；年龄在19～63岁之间，平均44岁。受伤原因：交通事故6例、殴斗3例、坠落伤2例、跌伤4例、轻微撞击伤4例。均为腹部闭合性损伤。其中6例误诊，误诊为宫外孕1例，急性胰腺炎2例，胸壁挫伤1例，骨盆骨折1例，肾挫伤1例，后腹膜血肿1例。其余13例术前诊断延迟性脾破裂。伤后出现脾破裂出血的间期均在2天以上，5天以内的8例，10天以内的4例，最长者达15个月。入院时13例患者有早期休克或休克表现，血压稍低或正常，脉搏100次/分。6例生命体征平稳，血红蛋白平均8.0克/%。全组均行诊断性腹腔穿刺，13例抽出不凝血；B超检查6例，发现腹腔内积血，脾脏裂痕或脾内液性暗区。CT及MRI检查5例，发现脾脏楔形裂孔，脾被膜积血，腹腔积血。X线透视腹平片发现左膈肌抬高、动度减弱7例，合并肝破裂1例，骨盆骨折2例，肋骨骨折3例，后腹膜血肿2例，左肾挫裂伤1例。手术治疗15例，全脾切除术7例，脾修补术5例，不规则脾部分切除术3例，非手术治疗4例，全组病例均存活，手术无并发症发生。

二、典型病例报告：例1.刘×，男，1.5岁。住院前1周被摩托车撞伤，因发热以"肺炎"为诊断收入儿科。因腹痛，经查有腹膜炎，B超发现腹腔内积血，腹穿不凝血。手术行不规则脾部分切除术。术后10天痊愈出院。例2.王××，女18岁。入院前2天睡眠中从双层床上坠下，有左上腹痛，2小时后缓解。以"急性胰腺炎"为诊断收入院。查体有休克表现，腹膜炎，腹穿有不凝血，急诊手术脾下极破裂出血，行修补术。例3.李×，男性，52岁。入院前5天发生交通事故，经CT检查发现脾脏楔形裂伤，检查生命体征平稳，腹腔穿刺无凝血，采取非手术治疗获愈。

三、讨论

脾脏实质甚为脆弱，稍受外力极易破裂，脾脏是腹腔内最易因外伤而发生破裂的脏器，脾破裂占闭合性腹部损伤的26.2%，发病高。并且大部分因脾蒂或脾包膜受损，造成突然大量持续性腹腔内出血，表现为严重的失血性休克，这种病人诊断明确，急诊手术，予后好，死亡率低，仅1%左右。但是，还有一小部分病人，或脾脏包膜下破裂，或脾包膜裂伤较小，局部血块凝集并与周围脏器粘连暂止血，或伤后出血缓慢，伤后经过一段无症状或症状较轻的隐匿期，而于伤手48小时以后才表现出脾破裂的症状，称为延迟性脾破裂。

一般认为延迟性脾破裂的发病机制有三种：(1)脾包膜下血肿破裂。(2)部分病人是开始破裂后局部血块并与周围脏器粘连形成血肿，再次外伤继发(二期)出血。本组有一患者，因外伤有骨盆骨折住院，7天后跌倒后出现脾破裂。(3)还有部分患者脾破裂裂伤较小，出血缓慢，持续一段时间后才表现出症状和体征。

延迟性脾破裂的诊断可根据以下判断：(1)有腹部外伤或其他外伤史；(2)具有腹痛－缓解－突然腹痛史，缓解期48小时以上；(3)有腹腔内出血的症状和体征或左上腹包块；(4)X线检查左侧膈肌升高活动受限、左上腹高密度阴影或胃肠道被挤压；(5)B超、CT或MRI发现脾脏裂痕或包膜下血肿。但最后确诊应依据手术或病理证实。在其隐匿期最常见的症状是左上腹持续性疼痛；最突出的体征是左上腹压痛，血压下降和腹穿或腹腔冲洗阳性。

随着脾脏功能研究的进展，人们注意到脾切除术后凶险性感染(OPSI)发生的可能，以及部分脾脏损伤可经保脾手术或非手术治愈的可能，使脾脏损伤的确诊越来越重要。而延迟性脾破裂距受伤时间较长，大部分在2天以上，个别病例长达数月或数年，症状不典型，诊断较困难，易发生误诊。大多数误诊是由于询问病史时对左上腹及其它外伤史重视不够，而被由于脾破裂引起的其它症状或体征所迷惑，未抓住问题的主要矛盾。同时在观察中要有高度的警惕性，大多数病例根据典型的病史和诊断性腹穿可确诊。近年来一些新的诊断技术陆续应用于脾脏损伤，使脾脏损伤的诊断大为提高，如B超、CT、MRI，尤其是腹腔冲洗术的应用，使脾破裂的确诊率大为提高，该技术的敏感性达95%。但是，腹腔冲洗阴性不能除外脾脏挫伤，因为，脾包膜下血肿破裂之前，该项检查则难以确诊。B超诊断脾损

（转第126页）

* 作者单位：116100 辽宁省大连市金州区医院
** 大连市中心医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.精索的分离及处理:剪开提睾肌筋膜,先将精索内最硬的管状组织输精管辨认并推开。在无刺激情况下,辨认位于精索后方的精索内动脉,以免刺激引起动脉痉挛变细,造成识别困难。精索内动脉较细、壁厚、白色,可见跳动,较硬有搏动。而痉挛时搏动消失难以辨认。为此可局部喷洒麻药或扩血管药解除痉挛。确定精索内动脉后,先将其与静脉分离保护,再游离每支精索内静脉。由于精索内静脉迂曲扩张,管壁薄,压力较高,很易破裂出血。因此在分离每支精索内静脉时应轻柔、耐心。将每支精索内静脉游离切除3cm,两静脉断端用丝线双重结扎。为了防止漏扎,可将病人置头高足低位,使漏扎静脉充分显露。确定无遗漏后,再将两静脉断端重迭结扎。以缩短精索,提高睾丸,改善睾丸的血液循环。

3.缝合关闭切口:检查创面,彻底止血,横形间断缝合提睾肌,以进一步提升精索及睾丸间断缝合腹外斜肌腱膜,注意避免缝扎髂腹下神经及髂腹股沟神经。新建外环口不要过紧,应能容纳一小指尖通过,最后间断缝合皮下组织及皮肤。在关闭切口过程中,要提醒学生彻底止血,逐层严密缝合不留残腔,以防止血肿形成及切口感染。

四、Palomo术

1.应用解剖及操作要点:此术式目的是在内环口上方、腹膜后结扎精索内静脉,因此切口设在距髂前上嵴前内侧二横指下腹壁斜切口。切口下端要达腹股沟内环部,长约4~8cm。同样依次切开皮肤、皮下组织,及时结扎止血。按纤维走向切开腹外斜肌及腱膜,钝性分离腹内斜肌、腹横肌及腹横肌筋膜到髂窝部腹膜外间隙。

2.精索内静脉的显露与处理:将腹膜推向内上方,显露髂窝腹膜后间隙。在游离内推腹膜时易损伤腹膜甚至肠管,因此分离腹膜时要轻柔或直视下分离。在与输精管汇合处上方找到精索血管。由于腹膜后的精索血管紧贴腹膜、并被一层疏松的筋膜包裹,且筋膜内常有少许脂肪组织,分离精索血管时也有可能损伤腹膜,甚至损伤腹腔内组织。因此要在精索前方剪开精索筋膜,在精索筋膜内分离、以保持精索筋膜后壁的完整、避免损伤腹膜。分离精索内静脉时同样先要显露精索动脉,将其分离并牵开保护,再仔细分离每支精索内静脉。切断静脉,两断端用丝线双重结扎。同样为了防止漏扎精索内静脉,可使病人头高足低,观察有无遗漏。

3.缝合关闭切口:仔细检查,无明显出血后,松开拉钩让腹膜自然回复到正常位置。由于肌肉层均为钝性分开,如切口较小,腹横肌筋膜、腹横肌及腹内斜肌不需缝合,只需间断缝合腹外斜肌腱膜,最后间断缝合皮下组织及皮肤。

五、上述精索静脉曲张的两种治疗术式虽然操作比较简单,但其包括切开、缝合、结扎、止血这四大手术基本功。学生们可以通过两种不同术式的入路,加深对腹壁的不同部位的解剖层次的了解;也通过不同的切口位置,加深对精索的解剖结构的了解,以达到巩固解剖学知识,增强手术基本技能训练的效果。

参 考 文 献

1.施锡恩、吴阶平主编.泌尿外科学.第2版.北京:人民卫生出版社,1978.501-502.
2.李龙承,张旭主译.泌尿外科手术图谱.第1版.北京:人民卫生出版社,1996.186-190.
3.梅华主编.泌尿外科手术学.第2版.北京:人民卫生出版社,1996.712-713.

(收稿:1999-11-15)

(接第191页)

伤精确性高,操作快速简便,易于重复对比。但在腹部胀气时可影响检查结果。CT和MRI对脾脏损伤有较高的诊断价值,但对于费用高及休克患者病情危重,不允许搬动等因素可限制其应用。放射性同位素扫描、腹平片、上消化道钡餐透视及腹腔动脉造影对其诊断也有一定价值。

由于人们越来越认识脾脏的各种生理功能的重要,因此、在术中应尽量采取保留脾脏的手术方法:脾修补术、局部止血药物应用或不规则脾部分切除、脾动脉结扎等。而对损伤重而无法保留脾脏者、同时病情危重、应尽快切除全脾挽救生命。如有副脾应保留之。

在临床实践中我们发现2例患者脾脏明显增大、认为病理脾予以切除,经病理证实为正常脾脏组织(有淤血)、这可能是由于脾包膜下出血破裂前其压力较大、部分血液进入脾实质中所致。此后我们曾对类似的一位患者进行脾修补术,术后3个月经B超、CT检查脾脏恢复正常大小。本组还对2例经CT确诊、生命体征平稳的脾被膜下出血患者,采取卧床、止血、补液等非手术治疗、获治愈。

(收稿:2000-03-01)