

· 临床研究 ·

选择性非手术治疗闭合性脾损伤 98 例临床分析

赵忠文, 刘晓林[△], 夏先进, 李文山, 代江波

(重庆市涪陵区人民医院外科 408000)

摘要:目的 探讨非手术治疗闭合性脾损伤的病例遴选、监测和诊治方法。方法 对 1999 年 10 月至 2011 年 10 月采用非手术治疗的 98 例闭合性脾损伤患者临床资料进行回顾性总结分析。结果 98 例患者中, 经非手术治疗痊愈出院 90 例 (91.8%); 经治疗观察后发现血肿增大和持续渗血而中转开腹 5 例 (5.1%); 死亡 3 例 (3.1%), 为多发伤合并感染和器官功能衰竭患者。结论 大多数 II 级以下脾损伤可通过非手术治疗治愈, 只要病例遴选合适、诊治方法得当、监护条件完备, 选择性非手术治疗脾损伤是安全可行的。

关键词:脾; 损伤; 非手术治疗; 选择; 分析

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.019

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)23-2750-02

Analyse selective non-operative management of closed splenic injuries in 98 cases

Zhao Zhongwen, Liu Xiaolin[△], Xia Xianjin, Li Wenshan, Dai Jiangbo

(Department of General Surgery, People's Hospital of Fuling District, Chongqing 408000, China)

Abstract: Objective To discuss the methods of the case selection and monitoring and diagnosis and treatment to selective non-operative management of closed splenic injuries. Methods The clinical data and results of 98 cases from October 1999 to October 2011 with closed splenic injuries managed non-operative treatment were analyzed retrospectively. Results There were 90 cases (91.8%) conservative successfully, 5 cases (5.1%) transit operation because hematoma increase and bleeding continuously during therapeutic observation and 2 cases (3.1%) died from multiple injuries merge infection and multiple organ failure. Conclusion Most of the closed splenic injuries below level II can be treated by non-operative management, the effect and prognosis determined by the reasonable case selection and monitoring conditions and diagnosis and treatment.

Key words: spleen; injure; non-operative management; selection; analysis

在闭合性腹部损伤的病例中, 因脾脏血运丰富、组织脆弱以及解剖部位特殊, 是最易发生钝性损伤的脏器之一。既往, 由于医疗条件受限, 以及对脾脏生理机能认识不够, 行脾脏切除术是治疗闭合性脾损伤的主要方法。近年来, 不少作者陆续报道采用非手术治疗脾损伤的方法, 临床效果肯定^[1-4]。本文回顾性分析 1999 年 10 月至 2011 年 10 月选择性非手术治疗 98 例闭合性脾损伤患者临床资料, 重点探讨病例遴选、临床监测和诊治方法的选择, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共计 98 例, 其中, 男 70 例 (71.4%), 女 28 例 (28.6%), 年龄 6~65 岁, 平均 31.2 岁。其中, 6~20 岁 18 例 (18.4%), >20~40 岁 53 例 (54.1%), 40 岁以上 27 例 (27.5%), 全组病例以青壮年居多。致伤原因: 交通事故伤 41 例, 各类外伤 36 例, 击打伤 12 例, 其他原因 9 例。受伤至入院时间为 1~96 h, 其中 12 h 内入院 74 例, 12~24 h 内入院 10 例, 24 h 后入院 14 例。入院时血流动力学不稳定 61 例, 均在入院后 0.5~5 h 内经输液、输血及基础支持治疗得以纠正。

1.2 诊断与分级 诊断与鉴别诊断主要依据受伤史、症状体征、实验室检查、B 型超声、CT 扫描、腹部穿刺、腹腔置管灌洗引流及腹腔镜检查等综合性临床资料分析评估。根据第六届全国脾脏外科学会研讨会 (天津, 2000 年) 制定的脾脏损伤分级法^[5], 在本组 98 例中, I 级脾损伤 82 例 (83.5%), II 级脾损伤 16 例 (16.5%), 未纳入 III 级脾损伤病例。

1.3 方法 一经确诊即转入监护病房, 全面收集病史, 仔细评估伤情, 动态监测生命体征, 抗休克治疗, 及时处置多发伤及合

并伤, 作好中转开腹手术的各项术前准备。非手术治疗具体措施: 绝对卧床休息至少 2 周, 禁食水, 输血补液, 应用止血药物及抗菌药物, 加强基础护理等。

2 结果

经非手术治疗痊愈出院 90 例 (91.8%)。5 例 (5.1%) 在入院后 2~4 d 分别因输血、输液后血流动力学仍不稳定, 经影像学 and 腹腔镜检查发现脾包膜下血肿增大或裂口持续渗血而中转手术。死亡 3 例 (3.1%), 均为多发伤病例, 其中 2 例因合并颅脑损伤、血气胸分别于入院第 6 天和第 11 天死于急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)、肺部感染, 另 1 例系合并双下肢挤压伤于入院第 26 天死于急性肾衰竭。非手术治愈 90 例, 随访 2~24 个月, 没有发现再出血和其他并发症的发生。

3 讨论

由于过去认为脾脏并非生命必需器官, 加上外科医生对脾损伤后腹腔内出血所造成后果的担忧, 很长时间以来, 脾脏切除术一直是治疗脾损伤的主要方法。随着医疗技术的进步, 以及对脾脏生理机能基础研究的不断深入, 发现脾脏具有造血、储血及免疫等多种功能, 特别是对脾切除术后可能发生凶险性感染 (overwhelming postsplenectomy infection, OPSI) 的认识^[6-7], 脾脏的重要性及可行性得到了外科医生的共识, 打破了以脾切除为主治疗脾损伤的固定模式, 使更多患者的脾脏得以保留, 避免了因无脾致免疫功能缺损, 从而发生致命性感染的危险。

回顾本组病例并结合文献报道, 作者认为: (1) 作为机体外周免疫系统重要器官, 脾脏功能不可替代, 在确保生命安全的

前提下尽可能地保留脾脏具有非常重要的生理意义；(2)脾脏亦有强大的自凝自止和自我修复能力^[8]，只要伤情评估准确、病例选择合适，诊治方法得当，非手术治疗是安全可行的。在临床实践中，常常可以看到部分病例在开腹手术时出血实际上已经停止。Buckman 在 112 例脾损伤的回顾性研究中，发现在剖腹探查时出血已自行停止的病例占 23.4%，另有 14% 的病例术中已未见活动性出血，这为选择性非手术治疗脾损伤提供了可行性依据。

3.1 临床病例选择 病例遴选是选择性非手术治疗的基本条件。以全国脾脏外科学会研讨会制定的脾脏损伤分级标准对脾损伤病例进行分级，I 级和 II 级脾损伤纳入非手术治疗，III 级以上者均不考虑非手术治疗。对于多发伤病例，对腹部以外的一些明显外在的创伤如颅脑损伤、胸部外伤、肢体骨折等应作出迅速、正确的判断及处理，同时不要忽视脾损伤的诊断及伤情评估；脾损伤若同时并存有腹腔内血管损伤及脏器损伤的病例，临床上不能明确，积极的手术探查能让患者更大获益；高龄、体弱或伴有重要器官功能不全者，实施非手术治疗存在较大风险，病例遴选时应慎重考虑。总之，在对脾损伤病例进行治疗方案选择时，牢牢把握“救命第一，保脾第二”的原则^[9]。

非手术治疗脾损伤的效果和风险，很大程度取决于病例的选择，可遵循如下原则：(1)非开放性腹部损伤且无严重的合并伤；(2)排除腹内其他脏器损伤；(3)脾损伤程度 II 级以下；(4)血流动力学稳定，输血量不超过 800 mL；(5)影像学检查未发现血肿扩大、腹腔积血量增加；(6)除外病理性脾破裂；(7)无凝血功能异常；(8)具备中转手术与重症监护条件。其中血流动力学指标最为重要，是决定是否行保守治疗的先决条件^[10]。

3.2 诊断方法选择 目前，脾损伤的诊断有多种方法可供选择，一般情况下，诊断与鉴别诊断不难。鉴于采用非手术治疗的核心问题在于病例遴选即损伤的分级、血流动力学指标以及对合并伤的评估，故全面掌握各种诊断技术的采用价值至关重要。失血导致血流动力学不稳定是脾损伤的早期表现之一，严重者可出现休克。临床上各种检查、监测技术对腹内损伤的定位定性、腹腔出血速度及量起重要作用，为病情变化的判断及治疗方案的选择提供可靠依据。

腹部 B 超的诊断准确率很高，且方便易于操作，对诊断尚未明确或确诊后正在接受非手术治疗的病例可通过 B 超进行适时、动态观察是其最大的优点。本组共安排 B 超检查 188 例次(包括 19 例床旁 B 超检查 56 例次)，诊断准确率达 80% 左右。CT 增强扫描有助于定位和定性诊断^[11]，大多能准确判断有无气腹、出血部位及出血量的多少。若 CT 提示大量血腹，则不选择保守治疗。本组 CT 检查诊断准确率 90% 以上。行腹腔镜检查 46 例次，诊断准确率 100%，且对有手术指征病例可一并行脾切除术或保脾手术，特别适用于脾损伤病例的诊断和治疗。诊断性腹腔穿刺和置管灌洗引流是一项简单、实用、敏感的诊断方法，对于影像学检查及腹腔穿刺提示血腹者，可常规于左或右下腹穿刺置管，外接无菌引流袋，进行连续动态观察引流物性质及量，必要时进行灌洗引流；引流液均应送检，除了血细胞计数、血红蛋白测定之外，还应将有胆胆汁、肠液及淀粉酶测定等列入检查常规^[12]，以排除腹内其他脏器合并伤；当然，应注意肉眼所见血性引流液量与脾损伤的程度并不一定成正比(25 mL 血液即可染红 1 000 mL 生理盐水)，因此，不能仅凭灌洗引流液的颜色、数量作为非手术治疗的病例选择或中

转手术的绝对指征^[13]。

3.3 基础护理及中转手术 在非手术治疗过程中，应加强基础护理，尤其是消化道管理，并给予足够的营养支持，防止院内感染和其他并发症的发生^[14-15]。同时，应严密观察生命体征及腹部体征的变化，准确把握中转手术的指征和时机。保守治疗期间血流动力学状况稳定与否是决定中转手术的依据。如果出现下列情况则应及时开腹手术：(1)血压大幅下降及 Hb、Het 明显降低；(2)腹膜刺激征开始出现或进行性加重；(3)B 超、CT 和其他检查发现血肿增大较快或腹腔内积血增多。

高端医用设备的投放和应用，使临床诊治技术不断地丰富和完善，闭合性脾损伤的诊断准确率得到大幅提高，治疗方法也随之有了更多的选择。但是，详细询问病史、规范查体、细致观察和实验室常规检查等常规诊断手段，依然是闭合性脾损伤的基本诊断方法之一，不容轻视和摒弃。

参考文献：

- [1] 高明,曹明溶,黄学军,等.创伤性脾破裂非手术治疗指征的探讨[J].南方医科大学学报,2010,30(3):631-633.
- [2] 姜洪池,赵宪琪.脾脏外科的最新进展[J].临床外科杂志,2008,16(1):8-9.
- [3] vander Vlies CH, Oithof DC, Gaakeer M, et al. Changing patterns in diagnostic strategies and the treatment of blunt injury to solid abdominal organs[J]. Int J Emerg Med, 2011, 27(4): 47-51.
- [4] 吴孟超,吴在德.黄家骅外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:1330-1334.
- [5] 叶宁,赵涛,卢华东,等.钝性脾损伤非手术治疗探讨[J].中华外科杂志,2009,47(2):86-88.
- [6] 周建刚,杨放,吕强.外伤性脾破裂选择性非手术治疗[J].中国临床医学,2008,15(2):195.
- [7] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:404-405.
- [8] 刘晓林.选择性非手术治疗外伤性脾破裂 45 例报告[J].重庆医学,2002,31(5):423.
- [9] 张俊华,陈紫千,左冬清,等.脾外伤 84 例治疗体会[J].腹部外科,2010,23(2):126-128.
- [10] 郑树森,张启瑜,钱礼.腹部外科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:754-758.
- [11] 薛胜,刘晓林.增加螺旋 CT 对食管癌周围浸润及转移的临床价值[J].中国医疗前沿,2006,1(1):63-64.
- [12] 夏先进,刘晓林,陈瑜,等.严重多发伤的早期救治[J].重庆医学,2011,40(11):1113-1114.
- [13] 刘晓林,彭玲,陈瑜,等.非手术治疗 76 例脾损伤患者的临床观察与护理配合[J].重庆医学,2010,39(10):1317-1318.
- [14] 陈瑜,刘晓林,夏先进,等.28 例创伤性膈肌破裂的临床分析[J].重庆医学,2010,39(10):1248-1249.
- [15] 赵忠文,刘晓林,陈瑜,等.腹部手术后并发下肢深静脉血栓形成 21 例临床分析[J].重庆医学,2010,39(14):1875-1876.