

## 外伤性脾破裂非手术治疗的体会

董志涛, 吴国忠, 李界明

(解放军第101医院普外科, 江苏无锡 214044)

**[摘要]** 目的 总结外伤性脾破裂选择非手术治疗的体会。方法 回顾分析2005年1月~2008年1月非手术治疗35例外伤性脾破裂的临床资料及治疗效果。探讨非手术治疗的治疗措施、中转手术指征和失败相关因素。结果 35例脾破裂, 非手术治疗成功31例(88.6%), 4例行脾切除术。结论 有选择的非手术治疗外伤性脾破裂是可行的。

**[关键词]** 外伤; 脾破裂; 非手术治疗

中图分类号: R657.6+2 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0343-02

脾破裂是腹部创伤中较常见的腹腔内脏损伤, 多年来脾切除术是主要的治疗手段。近年来随着对脾脏功能深入了解, 发现脾脏具有重要的免疫功能, 而一系列研究发现脾切除术后并发症明显上升, 甚至可发生脾切除术后爆发感染(OPSI)<sup>[1]</sup>。随着基础研究的进展, 脾脏的特殊血管及脾外伤后的自行止血功能为非手术保脾提供了理论依据。而影像学的发展, 尤其是CT应用于脾破裂的诊断, 不但能作出诊断及分型可能, 且为能否保守治疗提供依据<sup>[2]</sup>。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2005年1月~2008年1月收住脾破裂患者136例, 选择35例(25.7%)非手术治疗。男21例, 女14例, 年龄8~63岁, 平均43岁。为腹部闭合性损伤, 致伤原因: 车祸30例、殴打2例、坠落3例。伤后至就诊时间为0.5~20 h, 平均8 h。经B超确诊32例, CT确诊3例。有合并伤者30例, 占85.7%, 其中颅脑伤3例、轻度肝挫裂伤5例、肋骨骨折16例、四肢骨折5例及骨盆骨折1例。

**1.2 非手术治疗病例选择标准** ①闭合性腹外伤, 仅有左上腹或上腹部压痛, 无弥漫性腹膜炎体征, 不合并意识障碍及呼吸困难。②血液动力学稳定, 或经输血200~600 ml、补液800~1 000 ml后, 血液动力学稳定, 收缩压>90 mm Hg, Hb>80 g/L或70~90 g/L。③影像学检查证实脾破裂, 脾损伤程度按美国创伤外科协会(AAST)脾外伤分级标准I~Ⅲ级。④排除需急诊手术的腹内合并伤。⑤除外凝血功能异常者及月经期妇女。⑥非病理性脾

破裂。入院时血压90/60 mm Hg以上32例, 90~60/60~40 mm Hg 3例, 均经快速补液和输血等抗休克处理后休克均纠正。所有病例均经以上处理血压维持在120/80 mm Hg以上, 尿量>0.5 ml/h。B超显示腹腔积血1 cm以下16例, 1~2 cm 13例, 2.1~3 cm 4例, 3 cm以上2例。损伤程度按AAST脾外伤分级标准: I级18例, II级13例, III级4例。

**1.3 治疗方法** ①留外科监护病房, 严密观察, 绝对卧床2周。②严密监测生命体征, 密切观察脉搏、血压等生命体征及腹部体征变化, 每30~60 min测脉搏、血压1次至病情稳定, 动态监测血红蛋白、红细胞压积及尿量情况。③快速补充血容量, 以维持有效血容量及水电解质平衡, 部分病例酌情输血治疗。④禁食, 持续胃肠减压, 营养支持。⑤动态床旁B超检查, 了解脾脏及腹腔积液的变化。⑥用止血剂及适当的抗生素, 及时妥善处理合并伤。

### 2 结果

4例(11.4%)治疗过程中出现血压、心率不稳定, 血红蛋白及红细胞压积持续下降而中转手术治疗。保守治疗成功31例(88.6%)。住院时间14~29 d, 平均17.25 d, 无并发症。出院前均行B超和(或)CT复查, 31例随访2~4个月, 脾脏形态结构正常。

### 3 讨论

近年来脾脏的免疫功能越来越受到重视, 随着医疗技术的飞速发展, 保守成功率不断提高, 大量的

作者简介: 董志涛(1981-), 男, 山东青岛人, 硕士, 医师, 主要从事普外科临床工作。

临床成功经验证实了非手术保脾的可行性<sup>[3]</sup>,非手术治疗已成为当今常用的脾损伤治疗方法。

**3.1 非手术治疗的措施** ①积极抗休克治疗,保持血液动力学稳定,适当应用抗炎治疗。②严密观察生命体征,动态监测血红蛋白、红细胞压积等指标。③注意腹部症状和体征变化。④及时复查CT或B超。⑤绝对卧床休息2周,避免过早、过多搬动患者,尽量避免剧烈咳嗽或用力排便等腹压增高因素。本组有1例因上述因素出现再次出血,中转手术。⑥禁饮食,必要时胃肠减压、肠外营养。⑦妥善处理其他合并伤。

**3.2 中转手术指征** 非手术治疗观察过程中,如有以下情况应果断中转手术:①出现腹膜炎体征。②B超提示腹腔内积液短时间内(24 h内)明显增加,血液动力学不稳定。③生命体征反复波动或经输液、输血后仍不稳定。

**3.3 保守治疗失败相关因素探讨** 保守失败患者中1例因过早活动导致再次出血,1例老年患者,1例合并肝硬化、门脉高压症患者,1例患者创伤较为严重。对于保守治疗失败因素的探讨主要存在以下几点争议:①多数学者认为CT检查是预测脾损伤非手术治疗失败的关键因素,当出现造影剂外溢者不宜行非手术治疗。Schurr等<sup>[3]</sup>报道89例非手术治疗病例中12例失败,其中8例CT检查有造影剂外溢征象。Gavant等<sup>[4]</sup>报道的11例保守治疗失败者中,9例CT发现活动性出血和创伤性动脉瘤等。但也有文献指出,CT对于选择治疗方法的指导意义不大<sup>[5]</sup>。我们认为在临床工作中要遵循总体原则的前提下坚持“个体化”方案,过分依赖任何量化指标都并非明智之举。②年龄因素是否是失败的关键因素尚无定论,既往观点认为年龄>55岁是非手术治疗失败的重要因素之一,而Albrecht等<sup>[6]</sup>报道24例年龄≥55岁患者非手术治疗的结果,成功率为62.15%。Barone等<sup>[7]</sup>也指出即使年龄大于55岁,入院最初24小时血液动力学平稳者非手术治疗成功率也较高(83%)。我们认为年龄不应成为非

手术治疗的绝对禁忌证,应结合患者的全身情况综合评价。③损伤等级是否也是一个重要因素呢?传统观点认为随损伤分级的增高,非手术治疗失败率增加。但一些研究不支持这一观点,一组非手术处理的脾损伤患者中80%的患者非手术处理成功,表明少部分经选择的>Ⅲ级损伤仍可用非手术治疗成功,>Ⅲ级损伤不是非手术治疗的绝对禁忌证<sup>[8]</sup>。结合我们的临床实践及文献报道,我们认为对于Ⅲ级损伤者应持慎重态度,Ⅳ级、Ⅴ级损伤者不宜行非手术治疗。

## 参考文献

- [1] 康 骅,孙家邦,贾建国,等. 闭合性腹部损伤脾破裂非手术治疗的探讨[J]. 中华肝胆外科杂志,1999,5(2):111.
- [2] Buntain WL, Gould HR, Maull KI. Predictability of splenic salvage by computed tomography[J]. Trauma J, 1998, 28(1):28-34.
- [3] Schurr MJ, Fabian TC, Gavant M, et al. Management of blunt splenic trauma: Computed tomographic contrast blush predicts failure of nonoperative management[J]. J Trauma, 1995, 39(3):507-513.
- [4] Gavant ML, Schurr M, Flick PA, et al. Predicting clinical outcome of nonsurgical management of blunt splenic injury: Using CT to reveal abnormalities of splenic vasculature[J]. Am J Roentgenol, 1997, 168(1):207-212.
- [5] Becker CD, Ment ha G, Terrier F. Blunt abdominal trauma in adults: Role of CT in the diagnosis and management of visceral injuries Part 1: Liver and spleen[J]. Eur Radiol, 1998, 8(4):553-562.
- [6] Albrecht RM, Schermer CR, Morris A. Nonoperative management of blunt splenic injuries: factors influencing success in age > 55 years[J]. Am Surg, 2002, 68(3): 227-230.
- [7] Barone JE, Burns G, Svehlak SA, et al. Management of blunt splenic trauma in patients older than 55 years[J]. Trauma, 1999, 46(1): 87-90.
- [8] Pachter HL, Guth AA, Hofstetter SR, et al. Changing patterns in the management of splenic trauma: the impact of nonoperative management[J]. Ann Surg, 1998, 227(5):708-717.

(收稿日期:2008-11-13;修回日期:2009-03-09)

(本文编辑:黄攸生)