

## 外伤性延迟性脾破裂 17 例临床分析

郭 鹏, 强泽好, 沈大友, 石秀全, 王功勋

[摘要] 目的: 探讨外伤性延迟性脾破裂的外科手术疗效。方法: 手术治疗 17 例, 脾切除 10 例, 单纯脾修补 5 例, 脾动脉结扎 + 脾部分切除 2 例。结果: 治愈 16 例, 病死 1 例。结论: 对于外伤性延迟性脾破裂应提高警惕性, 密切观察病情变化, 及时明确诊断, 治疗仍以手术治疗为主, 保脾治疗亦应受到重视。

[关键词] 脾破裂; 延迟性; 外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 657.62

[文献标识码] A

### Delayed traumatic rupture of the spleen: a report of 17 cases

GUO Peng, QIANG Ze-hao, SHEN Da-you, SHI Xiu-quan, WANG Gong-xun

(Department of General Surgery, Yingshang People's Hospital, Yingshang Anhui 236200, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the efficacy of surgery on delayed traumatic rupture of spleen, and to summarize the experience in the diagnosis and treatment. **Methods:** Seventeen cases of delayed traumatic rupture of spleen were treated by surgical therapy. Ten cases were performed splenectomy, 5 cases spleen repair and 2 cases splenic artery ligation plus partial spleen resection. **Results:** Sixteen of the patients were cure and 1 died. **Conclusions:** Patients with delayed traumatic rupture of spleen should be closely observed and monitored. Timely diagnosis is essential. Surgery remains the choice therapy. Spleen-preserving should be considered in the treatment.

[Key words] splenic rupture; delayed; surgery

延迟性脾破裂(delayed rupture of spleen, DRS)是指腹部外伤 48 h 后才表现症状者, 约占脾外伤的 14%~20%, 脾破裂的 0.3%~1%<sup>[1]</sup>, 其死亡率高于一一般脾破裂的 10 倍, 死亡原因主要是误诊, 且并发症较多, 是外科临床值得重视的问题。2000~2009 年, 我院收治 DRS 17 例, 现就其术前诊断及治疗方法进行分析。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 17 例, 男 11 例, 女 6 例; 年龄 <20 岁 5 例, 20~42 岁 10 例, >42 岁 2 例。致伤原因: 交通事故伤 9 例, 坠落伤 4 例, 殴斗伤 3 例, 牛顶伤 1 例。17 例均为腹部闭合性损伤。伤后至就诊时间 2~5 天 8 例, 6~11 天 5 例, 11 天以上 4 例。突发全腹剧烈疼痛并急性失血性休克 12 例, 腹痛加重伴内出血症状 2 例, 合并肾挫伤 1 例, 肋骨骨折 1 例, 颅脑损伤 1 例, 入院时脉搏 >100 次/分 15 例, Hb 60~100 g/L 14 例, <50 g/L 3 例。

1.2 手术方法 脾切除 10 例, 脾修补 5 例, 脾修补 + 脾动脉结扎 2 例, 术中见腹腔内积血 <1 000 ml 5 例, 1 000~2 000 ml 7 例, >2 000 ml 5 例。

### 2 结果

治愈 16 例, 1 例死于失血性休克。1 例并发左膈下脓肿经穿刺引流后痊愈出院。平均住院 17 天。

### 3 讨论

在闭合性腹部损伤的脾破裂患者中, 85% 是因脾蒂或脾包膜受累, 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状态, 较易诊断, 立即手术治疗, 预后较好, 死亡率 1% 左右。但还有一部分患者, 或包膜破裂、或包膜破裂较小, 局部血块凝集, 并与周围脏器粘连暂时止血, 或包膜内出血, 伤后经过一段无症状或症状较轻的隐匿期, 而于 48 h 后某种外力作用下(如咳嗽、负重、身体扭动), 更易促使突然破裂出血<sup>[2]</sup>。

DRS 在隐匿期临床表现不一, 根据本组患者特点, 大致可分为以下几种类型: (1) 局部症状持续型。患者致伤力量较重, 局部疼痛明显, 被动体位, 咳嗽、深呼吸、局部压迫均增加痛苦。临床常诊断为胸壁挫伤或肋骨骨折而忽略本病的发生, 多在受伤 48 h 后突然出现全腹性疼痛及急性失血性休克症状。(2) 局部症状缓解型。受伤力量较前者轻, 伤后局部疼痛已明显缓解, 患者已恢复室内活动。在咳嗽、大便、打喷嚏等腹内压骤增情况下突然出现脾破裂症状。多发生在伤后 5~10 天。(3) 局部症状缺如型。本组 2 例, 致伤力量很小, 局部症状短时间

[收稿日期] 2009-10-23

[作者单位] 安徽省颍上县人民医院 普外二科, 236200

[作者简介] 郭 鹏(1964-), 男, 主治医师。

消失,未影响正常生活劳动,突如其来的全腹疼痛、休克,病情十分危重。此2例发生在伤后10天以上。

本病早期诊断较困难,其延误原因:(1)外伤不明显,较轻微的外伤史常不为患者重视,本组1例,26岁,女性,3天前被儿童单足踩在左上腹,当时仅有轻微疼痛,30 min后疼痛缓解,门诊检查无异常发现。又未注意这段病史。门诊带药回家,因用力端水时突然剧烈腹痛,表现为失血性休克收入院。另1例,51岁,男性,7天前放牛时,被牛顶伤左上腹,当时感到疼痛,回家休息后好转。在打井水时突然晕倒,入院时血压为零,腹腔穿刺抽出不凝固血液。手术证实为脾包膜下破裂出血。(2)潜伏期症状隐匿为合并伤所掩盖。本组2例因呼吸困难,左侧外伤性肋骨骨折,左侧气胸初诊为胸外伤而行闭式引流术;另1例伤后昏迷、呕吐、头痛以脑挫伤入院。在观察期间突然感上腹部剧烈疼痛及内出血症状。穿刺抽出不凝固血液,手术证实为DRS。

降低DRS的病死亡率,关键在于早期诊断,我们认为:(1)提高对本病的认识,对胸腹部外伤者应常规留院观察,认真体检,严密的动态观察,进行必要的实验室检查,综合分析,时刻警惕DRS的发生,特别是合并有9、10、11肋骨骨折者,不论伤情轻重都不要放弃观察,定期检查腹痛、生命体征及血红蛋白的变化。(2)凡伤后无明显先兆症状突然爆发剧烈腹痛并发急性内出血症状者,应常规询问有无胸腹部外伤史。(3)重视DRS的体征<sup>[3]</sup>,对左季肋区、左上腹部及背部外伤者出现持续性疼痛,压痛,伤后2次腹痛间隙期(腹痛-缓解-再腹痛),左肩部牵涉痛(Kehor征),右侧卧位时左侧腹部呈固定性浊音(Balance征),里急后重,提睾肌收缩致阴茎勃起

(Trydelenberg征)等,均提示DRS。(4)诊断性腹腔穿刺最快捷、简便,阳性率高,更适用于基层医院。若腹穿为不凝固血液可考虑内脏出血,若阴性者应反复多点穿刺,本组17例均一次性抽出不凝血。(5)B超操作方便,当脾外伤时可见脾边缘不整和不连续影,当脾包膜下血肿时,可显示脾内液性暗区,其准确率达93.3%。CT检查对脾脏轮廓显示优良,特别对包膜下血肿或实质性损伤有特殊诊断意义,随着腹腔镜应用的日益广泛,目前不少学者主张对腹部外伤诊断不明的急腹症术前进行腹腔镜检查,以发现损伤部位和原因,同时判断损伤程度,以决定是否需要进行手术治疗。

对外伤后脾脏,手术时应根据救命第一、保脾第二的原则。在积极输血、输液、抗休克的基础上抓紧时间手术治疗。传统的方式是切除脾脏<sup>[4]</sup>,随着脾切除后爆发性感染病例的增加,保脾越来越受到重视。就DRS而言,虽然脾裂口中常有血凝块不易完全清除止血,加之局部组织已有水肿、粘连,但多数情况下,因其破裂非属粉碎性,而多为单纯性,且一般未累及脾蒂血管,只要将裂口中的血凝块适当清除,就可将创面上的出血点予以结扎止血。然后将创面单纯缝合止血。我们对17例DRS患者,7例做了单纯缝合,取得了较好的临床效果。

#### [参考文献]

- [1] 马兴龙. 外伤性延迟性脾破裂临床实例分析[J]. 大连医科大学学报, 2007, 29(1): 51-52.
- [2] 方向明. 延迟性脾破裂的早期诊断与治疗[J]. 浙江临床医学, 2001, 3(10): 740.
- [3] 罗文南, 杨乐. 延迟性脾破裂13例诊治分析[J]. 广州医药, 2007, 38(3): 34-35.
- [4] 马旭阳, 王磊, 张兴武. 腹部闭合性损伤312例诊治分析[J]. 宁夏医学院学报, 2008, 30(4): 512-513.

## 科技论文插图常见问题

在科技论文中,为了直观表述论文主题结果,必要时需插图的辅助,使某些内容的描述简洁、清晰,省略繁琐的文字,但在应用时也存在一些问题。

(1)图不清晰,未对原图稿作处理或加工。(2)图中字太大或太小。一般应比正文小1号,若正文是5号字,则图中的字应在小5号与6号之间。(3)横坐标或纵坐标缺标目;或标目不完整,即只有量名称或量符号,如纵坐标标目“亿美元”应为“进出口额/亿美元”。(4)标目与标值不对应。如横坐标标目“时间(t)”应为“时刻”,标值“7:00”、“9:00”应为“07:00”、“09:00”。(5)标值线画在了坐标轴的外侧。标值线应画在曲线所在的象限内。(6)坐标轴上既有标值,就无需画箭头。(7)有子图时,子图应编序号,有时还需有子图题。(8)图注应置于图题的上方。