

脾破裂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_84_BE_E7_A0_B4_E8_A3_82_c22_303270.htm 名称脾破裂所属科室普通外科临床表现脾破裂的临床表现以内出血及血液对腹膜引起的刺激为其特征，并常与出血和血速度密切相关。出血量大而速度快的很快就出现低血容量性休克，伤情十分危急；出血量少而慢者症状稍微，除左上腹轻度疼痛外无其他明显体征，不易诊断。随时间的推移，出血量越来越多，才出现休克前期的表现，继而发生休克。由于血液对腹膜的刺激而有腹痛，初起在左上腹，慢慢涉及全腹，但仍以左上腹最为明显，同时有腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张。有时因血液刺激左侧膈肌而有左肩牵涉痛，深呼吸时这种牵涉痛加重，此即Kehr征。实验室检查发现红细胞、血红蛋白和红细胞压积进行性降低，提示有内出血。诊断创伤性脾破裂的诊断主要依靠 损伤病史； 临床有内出血的表现； 腹腔诊断性穿刺抽得不凝固血液等。脾包膜下裂伤伴包膜下血肿的病例，临床表现不典型，腹腔穿刺阴性，诊断一时难以确定。近年对诊断确有困难，伤情答应的病例，采用腹腔灌洗、B型超声、核素扫描、CT或选择性腹腔动脉造影等帮助明确诊断。（一）腹腔灌洗 这是一种侵入性检查，对损伤脏器不能特异定位，也不能说明损伤的程度。同时存在少数假阳性或假阴性结果。必须结合临床及其他检查结果进行分析。（二）B型超声 这是一种非侵入性检查，较常用，能显示破碎的脾脏，较大的脾包膜下血肿及腹腔内积血。（三）CT检查 能清楚地显示脾脏的形态，对诊断脾脏实质裂伤或包膜下血肿的准确性很高。（四）核素扫描 可采用^{99m}Tc胶态硫扫描或^{99m}Tc- γ .

照相等技术诊断脾损伤，方法安全。（五）选择性腹腔动脉造影 这是一种侵入性检查，操作较复杂，有一定危险性。但诊断脾破裂的准确性颇高，能显示脾脏受损动脉和实质的部位。仅用于伤情稳定而其他方法未能明确诊断的闭合性损伤。应该强调的是脾破裂常合并有其他脏器损伤，如肝、肾、胰、胃、肠等，在诊断和处理时切勿遗漏。治疗60年代以来，随着免疫学的进展，已熟悉到脾脏是体内最大的淋巴样器官，是人体免疫系统的重要组成部分，在体液免疫和细胞免疫中起着重要作用。脾脏是产生调理素（opsonin），血清吞噬作用激素（tuftsin）和备解素（properdin）的重要器官，能有效地过滤和清除侵入血液循环的病原体。脾切除后人体免疫系统功能的完整性遭到破坏，对病菌的反抗能力必然下降，轻易发生严重感染。既往认为治疗脾破裂的首选方法是全脾切除术，许多教科书也主张不论脾裂伤程度如何均有全脾切除指证。随着暴发性脾切除术后感染（overwhelming postsplenectomy infection-OPSI）主要在儿童的报道逐渐增多，这一传统概念受到了挑战。此外，根据脾脏的解剖结构和现有止血措施，脾部分切除已可安全进行。当前脾破裂的处理原则虽仍以手术为主，但应根据损伤的程度和当时的条件，尽可能采用不同的手术方式，全部或部分地保留脾脏。下列手术方式可根据损伤的具体情况选用：（一）脾修补术 适用于脾包膜裂伤或线形脾实质裂伤。稍微的损伤可用粘合剂止血，如效果不满足者采用修补术。手术的要害步骤是先充分游离脾脏，使之能提出至切口外，用无损伤血管钳或手指控制脾蒂血流，用1-0细羊肠线或3-0丝线缝扎活动性出血点再缝合修补裂口。修补后的针眼渗血可用热盐水纱布压迫或敷

以止血剂直至出血完全停止。（二）部分脾切除术 适用于单纯修补难以止血或受损的脾组织已失去活力，部分脾切除后有半数以上的脾实质能保留者。手术应在充分游离脾脏、控制脾蒂的情况下进行，切除所有失去活力的脾组织，分别结扎或缝扎各出血点，切面渗血用止血剂贴敷及热盐水纱布压迫直至完全停止，最后用带蒂大网膜覆盖。（三）全脾切除术 适用于脾脏严重破碎或脾蒂断裂而不适于修补或部分脾切除者。适当的手术前预备对抢救伴休克的伤员有重要意义。输入适量的血或液体可提高伤员对麻醉和手术的耐受性。若经快速输入600～800ml血液，血压和脉搏仍无改善者，提示仍有继续活动性出血，需在加压快速输血的同时紧急剖腹控制脾蒂。控制活动性出血后，血压和脉搏就能很快改善，为进一步手术处理创造了条件。在血源困难的情况下，可收集腹腔内积血，经过滤后回输补充血轻易。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com