

脾脏外伤的临床表现及处理原则临床执业医师考试 PDF转换
可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/645/2021_2022__E8_84_BE_

[E8_84_8F_E5_A4_96_E4_c22_645879.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/645/2021_2022__E8_84_BE_E8_84_8F_E5_A4_96_E4_c22_645879.htm) 脾脏是腹腔内脏中最易受损伤的器官，发生率占各种腹部伤的40～50%。有慢性病理改变（如血吸虫病、疟疾、黑热病、传染性单核细胞增多症、淋巴瘤等）的脾脏更易破裂。根据损伤的范围，脾破裂可分为中央型破裂（破在脾实质深部）；被膜下破裂（破在脾实质周边部分）和真性破裂（破损累及被膜）等有三种。前二种因被膜完整，出血量受到限制，故临床上并无明显出血征象而不易被发现。如未被发现，可形成血肿而最终被吸收。但有些血肿（特别是被膜下血肿）在某些微弱外力影响下，可以突然转为真性破裂，导致诊治中措手不及的局面。这种情况常发生于外伤后1～2周，应予警惕。临床所见脾破裂，约85%是真性破裂，破裂部位较多见于脾上极及膈面。破裂如发生在脏面，尤其是邻胃者，大收集整理近脾门者，有撕裂脾蒂的可能，在这种情况下，出血量大，病人可迅速发生休克，甚至未及抢救以致死亡。脾破裂一经诊断，原则上应紧急手术处理。至于手术方式，因脾组织脆弱，破裂后不易止血、缝合或修补，故通常采用脾切除术。如脾脏裂口大而出血凶猛，可先捏住脾蒂以控制出血，然后快速清理手术野，充分显露，以便钳夹脾蒂。切忌在血泊中盲目钳夹，如果腹内确无其它脏器破裂，可收集未污染的腹内积血，过滤后进行自体输血。近年由于对人体免疫功能的认识，有人主张以裂口修补术或脾部分切除术替代脾切除术，以免日后招致严重的全身感染（以肺炎球菌为主病原的凶险感染）。

这些手术方法已有成功的报道，对于表浅或局限的脾脏破裂，可以考虑试用。对于某些破损严重而难以修补或保留的粉碎性脾破裂，有人主张将切除的脾脏切成小薄片，移植于大网膜内，总量约占原脾的1/3，以恢复脾功能。对于这类保脾手术的评价，在儿童中已较为肯定；在成人，则有待进一步深入研究积累更多资料，目前尚无统一的意见。 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