

• 临床研究 •

保脾术治疗儿童外伤性脾破裂

李强辉 龙雪峰 周维模

【摘要】 目的 探讨儿童外伤性脾破裂治疗中保脾手术的选择和临床意义。方法 本院 2000 年 1 月至 2007 年 6 月采取保脾手术治疗 39 例儿童外伤性脾破裂, 其中 21 例 I 级、II 级脾破裂采取缝合修补或加创口粘合手术; 14 例严重的 II 级和 III 级脾破裂采取脾部分切除术, 6 例加脾动脉干结扎术, 4 例 IV 级脾破裂采取全脾切除后自体脾组织移植。对合并伤采取相应的手术治疗。结果 39 例均治愈。28 例术后获随访 6 个月至 2 年, 经彩色多普勒 B 超和血清检查, 提示脾脏均存活, 免疫功能正常。结论 在选择适当术式的前提下, 保脾手术治疗儿童外伤性脾破裂是安全有效的。

【关键词】 脾破裂 / 外科学

由于儿童腹壁薄弱, 防御能力差, 脾脏柔软易受到损伤, 但脾脏是人体重要的免疫器官, 内含大量淋巴细胞和巨噬细胞, 脾切除对儿童免疫功能影响较大。本院 2000 年 1 月至 2007 年 6 月采取保脾手术治疗儿童外伤性脾破裂 39 例, 疗效满意, 现报告如下。

资料与方法

一、一般资料

本组 39 例, 男 29 例, 女 10 例, 年龄 2 ~ 16 岁, 平均年龄 7.6 岁。其中闭合性损伤 35 例, 开放性损伤 4 例。入院距受伤时间为 1 ~ 12 h。均有不同原因的外伤史和不同程度腹泻、腹部压痛、反跳痛及内出血的临床表现, 腹腔穿刺均可抽出不凝血液。33 例经 B 超、CT 检查证实为脾破裂。合并伤: 合并 1 个脏器损伤 9 例, 合并肝左叶挫伤 1 例; 左肾挫裂伤 3 例; 肋骨骨折 3 例; 空肠穿孔 1 例; 肠系膜裂伤 1 例; 合并 2 个以上脏器损伤 5 例, 其中肋骨骨折和肺挫伤 3 例; 左肾挫裂伤和肠系膜裂伤 1 例; 骨盆骨折和膀胱破裂 1 例。术中诊断为脾破裂 I 级 7 例; II 级 17 例; III 级 11 例; IV 级 4 例。

二、治疗方法

1. 一般治疗: 均卧床, 禁食, 行胃肠减压, 予静脉输液、抗休克、止血、包扎伤口等术前准备。

2. 手术治疗: 均行急诊手术。采取气管内插管全身麻醉, 取左肋缘下斜切口或左上腹切口探查, 术

中根据脾脏损伤的程度选择不同的手术方式, 其中 21 例 I 级、II 级脾破裂采取缝合修补或加创口粘合手术; 14 例严重的 II 级和 III 级脾破裂采取脾部分切除术, 6 例加脾动脉干结扎术, 4 例 IV 级脾破裂采取全脾切除后自体脾组织移植。对合并伤采取相应的手术治疗。

结果

39 例均治愈。术后腹腔引流量 80 ~ 230 ml, 无继发性出血、脾脓肿和腹腔感染等并发症。31 例获随访, 随访时间 6 个月至 2 年 (平均 11 个月), 经彩色多普勒超声检查, 均提示保留的脾脏组织血流丰富, 保留脾脏组织存活, 血清 IgG、IgA 和 C₃ 检测正常, 具免疫功能, 无脾切除术后暴发性感染发生。

讨论

传统的观点认为脾脏并非生命所必需的器官, 且脾脏血供丰富, 组织脆弱, 止血较为困难, 因此, 脾切除术被作为治疗各种类型脾破裂的主要选择。近年来, 对脾脏功能的研究表明, 脾脏除具有储血、造血、滤血、破血的生理功能外, 更有着重要的免疫功能, 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重要作用。Kingt 和 Schumacker 于 1952 年提出脾切除术后可导致严重的全身性感染 (OPSI), 国内金庆丰等^[1]报告 OPSI 的发生率为 1.5% ~ 4.5%。随着 OPSI 报道的不断增多, 脾脏的功能问题得到了进一步重视, 产生了现代医学中的“保脾”概念, Grew 甚至认为, 只要保留脾脏的 1/4

以上即可保留脾脏的抗感染能力。年龄越小,免疫系统发育不完善,全脾切除术后 OPSI 发病率越高,因此,越应争取保脾,小儿较成人保脾成功率高^[2]。

关于儿童脾损伤的临床分级,目前国内外尚无统一标准,多根据成人脾脏损伤程度分级标准,Ⅰ级:指脾被膜下破裂或被膜及实质轻度损伤,脾裂伤长度 ≤ 5.0 cm,深度 ≤ 1.0 cm;Ⅱ级:脾裂伤总长度 > 5.0 cm,深度 > 1.0 cm,但未累及脾门,或脾段血管受损;Ⅲ级:脾破裂伤及脾门或脾脏部分离断,或脾叶血管受损;Ⅳ级:脾广泛破裂,或脾蒂、脾动脉主干受损^[3]。脾损伤的临床分级对选择正确的手术方式具有重要意义。单纯性Ⅰ级及较轻的Ⅱ级脾破裂可采取脾修补术,或加用医用胶涂于创面止血;严重的Ⅱ级、Ⅲ级脾破裂可采取脾部分切除术,或加脾动脉干结扎术;对Ⅳ级脾破裂可采取全脾切除后自体脾组织移植。

采取保脾手术治疗儿童脾脏损伤时,要使保留的脾组织能够发挥功能,需要满足 3 个条件,即正常的脾脏解剖组织结构;充分的血液供应;原体积的 1/3 以上^[4]。因此,在行保脾手术时应注意以下几点:①结扎脾动脉止血时,尽可能保留脾周围韧带,利用它的侧支循环供血,避免保留的脾组织缺血坏死,形成脓肿;②自体脾片移植时,去除脾包膜,大

网膜供应良好,移植的脾片组织应相当于全脾的 1/3,大小约 2 cm \times 2 cm \times 0.4 cm,防止脾片缺血坏死;③伴空腔脏器损伤或腹部开放性损伤时,应充分引流,应用有效抗生素,预防感染。④对有凝血机制障碍者应慎重选择保脾治疗;⑤发现副脾时应尽可能保留,以保留部分脾功能;⑥应重视保脾术后高凝状态的监测,通常术后 24~48 h 血小板可高达 131 万,经抗凝治疗 2 个月后可逐渐恢复正常;⑦Ⅳ级和严重Ⅲ级脾破裂,伤口长而深,组织损伤严重,术后易发生脾血肿,甚至脾脓肿,可采取脾切除术加自体脾片移植术。在治疗儿童脾脏外伤时,应坚持“抢救生命第一,保留脾脏第二”的原则,年龄越小,越应优先选择保脾术。在止血安全、可靠的前提下,应结合病情灵活选择保脾术式。

参 考 文 献

- 1 金庆丰,金唐林,周岳明.脾切除术后并发凶险感染的探讨(附 1258 例分析)[J].实用外科杂志,1992,12(10):538.
- 2 郑训淮,刘翔,黄河.保脾治疗小儿脾损伤 21 年回顾[J].中华中医杂志,2001,25(5):241-242.
- 3 吴在德,吴肇汉.外科学[M].人民卫生出版社,2004:425.
- 4 夏穗生,胡元龙.临床外科诊疗关键[M].广西科学技术出版社,2001:420.

(上接 48 页)

果更佳(病例 6)。对于肿瘤供应血管与正常血管较近,采用血管内栓塞介入治疗阻断瘤体与体循环间的联系,可减少血小板消耗,控制病情发展,是一种较好的选择。向瘤体内注射激素或平阳霉素可促进瘤体消退^[2]。干扰素治疗 KMS 也可得到较好的效果^[3]。铜针及电化学治疗治疗 KMS 可引起或加重局部出血,对于巨大 KMS 不宜采用(病例 5)。放射治疗可影响儿童发育且引发肿瘤恶变,应慎用^[4]。


KMS 患儿病情越重,治疗越困难。建议根据病情轻重采用梯型治疗方案。轻型病人采取门诊治疗,口服泼尼松,首次剂量为每日 1~2 mg/kg,每周检查 2 次血常规,血小板正常后每周检查 1 次,服用激素时间 2 个月左右,及时进行局部注射治疗。中型病情稳定者可门诊治疗,病情进展快者需住院观察,口服泼尼松,首次剂量为每日 2~4 mg/kg,监测血小板及凝血功能,必要时手术治疗。重型病例需住院治疗,口服泼尼松,首次剂量为每日 4~5 mg/kg 或静脉注射激素,及时输入血小板、血浆

或纤维蛋白原改善低凝状态;低分子肝素可减少局部血小板消耗,干扰素或环磷酰胺治疗也可取得一定疗效^[4];另外,必要时应及时行外科治疗。

参 考 文 献

- 1 史元培.多发性血管瘤伴血小板减少综合征[J].中华皮肤科杂志,1985,18(2):1191.
- 2 齐鸿燕,张金哲.小儿体表血管瘤的诊断及局部注射治疗[J].临床小儿外科杂志,2006,5(6):402.
- 3 Sarkar,Molly,Ph.D:Mulliken, John Kozakewich,Harry P.W et al.Thrombocytopenic Coagulopathy (Kasabach-Merritt Phenomenon)Is Associated with Kaposiform Hemangioendothelioma and Not with Common Infantile Hemangioma (1997)Plast Reconstr Surg 100(6):1377-1386.
- 4 Tanja Freike.Heike Rabe.Frank ?ckert.Erik Harms (2002) Giant cavernous haemangioma with Kasabach-Merritt syndrome:a case report and review[J].Eur Pediatr,161:243-246.

保脾术治疗儿童外伤性脾破裂

作者: [李强辉](#), [龙雪峰](#), [周维模](#)
作者单位: [广西医科大学第八附属医院小儿外科, 广西省贵港市, 537100](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2008, 7(6)
被引用次数: 0次

参考文献(4条)

1. [金庆丰;金唐林;周岳明](#) [脾切除术后并发凶险感染的探讨\(附1258例分析\)](#) 1992(10)
2. [夏穗生;胡元龙](#) [临床外科诊疗关键](#) 2001
3. [吴在德;吴肇汉](#) [外科学](#) 2004
4. [郑训淮;刘翔;黄河](#) [保脾治疗小儿脾损伤21年回顾\[期刊论文\]-中医杂志](#) 2001(05)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200806017.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: bfa7752e-018a-49bd-98dd-9eda00b851e8

下载时间: 2011年5月5日