



非规则脾切除术治疗脾破裂临床应用价值探析

张自强 (资兴市第一人民医院 湖南郴州 423400)

摘要: **目的** 探讨脾破裂患者采取非规则脾切除术治疗的效果。**方法** 选择我院2013年1月-2016年6月接诊的脾破裂患者85例作为研究对象,根据治疗方法不同分为2组,规则组45例采取规则脾切除术治疗,不规则组40例采取非规则脾切除术治疗,观察记录两组手术成功率、并发症发生率、手术时间、术中出血量、住院时间,并对比分析。**结果** 两组患者在手术成功率、并发症发生率、手术时间、术中出血量、住院时间上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 非规则脾切除术治疗脾破裂可取得与规则脾切除术相当的效果,而且也不会延长手术时间,安全性也较好,值得推广应用。

关键词: 脾破裂 非规则 规则 脾切除 价值

中图分类号: R657.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)03-115-01

脾破裂属于临床常见疾病,外伤所致属于常见病因。近几年人们对脾脏免疫与造血等功能有了更多了解,加之脾脏解剖学研究有所进展,这为临床治疗脾破裂提供了更多的保脾术。尽管规则脾切除术属于常用疗法,但其手术时间长,术中出血量较多,而随着非规则性脾切除术逐渐开展起来,显示有不错的效果^[1]。为了进一步探讨非规则脾切除术治疗脾破裂的效果,我院针对接诊的脾破裂患者85例实施了对照研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:本次研究共计纳入对象85例,均为我院接诊的脾破裂患者,纳入时间2013年1月-2016年6月。纳入研究对象均有完整临床资料,确诊符合脾破裂诊断标准^[2],签署知情同意书,根据治疗方法不同分为2组。规则组:45例,男性32例、女性13例;年龄15-62岁,均值 33.7 ± 3.9 岁;病程1-26h,均值 15.4 ± 2.8 h;破裂伤类型I级8例、II级23例、III级14例;伤因包括坠落伤12例、交通意外伤25例、其他8例。非规则组:40例,男性29例、女性11例;年龄17-60岁,均值 33.5 ± 3.7 岁;病程1-28h,均值 15.7 ± 2.7 h;破裂伤类型I级7例、II级21例、III级12例;伤因包括坠落伤11例、交通意外伤22例、其他7例。在前述一般资料上组间比较无明显差异($P>0.05$),可比。

1.2 方法

1.2.1 规则组:除了3例硬膜外麻醉,其余均实施气管插管全麻,从左上腹经腹直肌做切口,进入腹腔后尽快回收腹腔积血以备回输,对脾脏损伤部位与程度进行探查,术者用左手4指将脾脏托起,上极以纱布垫开并保护胃壁,拇指以三指样对脾蒂加以控制,若患者脾肾韧带后叶过短则对脾肾韧带后叶实施钝性分离,沿二级脾蒂分离后钳夹与切断,出血会明显减少,分离范围稍超过损伤部位,然后沿着缺血处将脾脏实质分离,并结扎血管,直到将破裂部分切除,缝扎止血,最终以间断或垂直褥式缝合。

1.2.2 非规则组:先静脉输液与输血,从锁骨或颈部下深静脉置管,建立输液管路,然后实施全面检查,留置胃肠减压管与尿管;硬膜外麻醉或气管插管复合麻醉,从左上腹直肌或左肋缘下作切口,进入腹腔后,术者左手将脾脏托起并控制脾蒂,对伤情进行探查,确定手术方案;若保留上极脾脏,则将胃短动脉保留,游离结扎与切断胃网膜左动脉^[3];若保留下极,则将胃网膜左动脉,将胃段动脉游离结扎与切断;轻轻地将脾牵下,于脾窝放入纱布垫,并将脾脏托出,根据脾脏叶段动脉解剖学情况、撕裂伤形状等,将严重损伤脾组织切除,最大化保留正常脾组织;将严重损伤脾组织切除后缝扎脾叶段动脉,依旧出血则采取“8”字缝合,若依旧无法止血,则采取缝扎脾蒂血管;对残脾血供进行观察,若有部分脾组织缺血,则将缺血部分切除,缝合结扎切断的胃短动脉胃壁前后壁浆肌层,避免滑脱;术后常规放置脾窝引流管引流,时间2-4d。

1.3 观察指标:观察记录两组手术成功率、并发症发生率、手术时间、术中出血量、住院时间,并对比分析。

1.4 统计学处理:本次研究的相关数据采取统计学分析SPSS18.0软件处理,计数资料用百分比(%)表示,予以卡方(χ^2)检验,而计量资料则用均数($\bar{x}\pm s$)表示,予以t检验,以 $P<0.05$ 作为统计学

有意义的标准。

2 结果

两组患者在手术成功率、并发症发生率、手术时间、术中出血量、住院时间上比较差异无统计学意义($P>0.05$),详见表1。

表1:两组临床结果比较

指标	规则组(45)	非规则组(40)
手术成功率(%)	45(100.00)	40(100.00)
并发症发生率(%)	8(17.78)	4(10.00)
手术时间(min)	125.87 $\pm$ 25.32	123.94 $\pm$ 24.33
术中出血量(ml)	985.81 $\pm$ 58.63	972.97 $\pm$ 56.88
住院时间(d)	11.94 $\pm$ 2.34	11.02 $\pm$ 2.12

3 讨论

近几年,医学研究不断成熟与完善,对脾脏结构及其功能有了更深入的了解,因外伤所致脾破裂采取保脾手术治疗达成了共识。保脾术的指征主要有:脾脏无病理性改变,脾蒂大血管无损伤,无广泛性碎裂伤,无严重腹腔脏器损伤,生命体征稳定,可耐受保脾术^[4]。而严重腹腔脏器损伤、老年人无法耐受、腹腔污染严重等情况则不宜采取保脾术治疗。外伤性脾破裂保脾术方案较多,比如粘合术、缝合修补术、部分脾切除术等,但又可分为非规则与规则脾切除术,自体脾组织移植术、可吸收网线编织网脾脏包裹术等。在实际治疗期间,应根据脾脏损伤程度与类型选择合适的手术治疗,但不管何种方案,通常情况下都要求至少要保留25%脾脏组织。我院针对接诊的85例脾破裂患者进行研究,其中45例采取规则脾切除术治疗,40例采取非规则脾切除术治疗,结果显示两种治疗方案在手术成功率、并发症发生率、手术时间、术中出血量及住院时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。可见,采取非规则脾切除术治疗脾破裂与规则脾切除术治疗效果相当,甚至在手术时间与术中出血量上要稍低一些,即非规则脾切除术治疗能减少手术时间,减少术中出血量,安全性要稍高一些。非规则脾切除术治疗有不错效果,但应注意一些问题,比如先将脾内与脾胃韧带浆膜切开,对脾血管进行解剖,了解脾叶段血管走行与分布;缝扎或结扎损伤的相应叶段血管等;在处理脾门血管时有出血,则难度更大,若操作不熟则会造成脾门血管损伤,费时更长,这就需要术者要有精湛的技术,操作期间严防出血及出血加重^[5]。综上所述,非规则脾切除术治疗脾破裂可取得与规则脾切除术相当的效果,而且也不会延长手术时间,安全性也较好,值得推广应用。

参考文献

- [1] 余元怀.脾脏损伤治疗体会28例[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(28):81-82.
- [2] 王泳.52例创伤性脾破裂治疗体会[J].当代医学,2009,15(6):80-81.
- [3] 刘翔龙,孙建伟.基层医院诊治外伤性脾破裂25例体会[J].中国医药指南,2013,10(18):133-133.
- [4] 张春礼,孙德利,弓莉等.脾破裂脾脏切除术后异位脾种植15例诊治经验[J].中华肝胆外科杂志,2014,20(8):587-589.
- [5] 胖红雯,邱林,于柏龙等.创伤性脾破裂保脾治疗30例[J].河北医科大学学报,2012,33(4):479-481.