

脾切除术治疗创伤性脾破裂的临床分析

李亚先

富源县人民医院 云南富源 655500

【摘要】目的 研究脾切除术治疗创伤性脾破裂的临床疗效以及对免疫功能的影响。**方法** 自我院2015年5月-2018年5月间收治的创伤性脾破裂患者中选取92例作为研究对象,回顾分析患者临床资料,根据不同治疗方法对患者进行分组,其中行开腹脾修补与部分切除的46例划为试验组,行开腹全脾切除的46例划为对照组,就两组患者的治疗效果进行对比分析。**结果** 对比两组患者的手术指标,观察组患者的手术时间等均短于对照组($P < 0.05$),对比两组患者的免疫功能,术后对照组IgA、IgM、CD3+、CD4+水平比术前显著下降($P < 0.05$),并且对照组术后各指标水平显著低于观察组($P < 0.05$)。**结论** 开腹脾修补与部分切除术治疗创伤性脾破裂的手术时间短于全脾切除术,并且术后免疫功能更优,有利于患者的康复。

【关键词】 脾切除术; 脾修补术; 创伤性脾破裂

【中图分类号】 R657.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 01-016-02

脾脏作为人体最大的淋巴器官,负责过滤和存储血液,其质地较脆且血运较为丰富,一旦受到外力撞击,极易发生破裂,从而造成大出血,短时间内大量失血甚至可能引发患者的休克、死亡结局,故而,一旦发生创伤性脾破裂,需要立即进行手术治疗^[1-2]。临床常见的方式有脾切除术与脾修补术,对于两种术式的治疗效果的探讨一直是研究中的重点,本文就脾切除术治疗创伤性脾破裂的临床效果进行分析,现将研究结果简单通报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自我院2015年5月-2018年5月间收治的创伤性脾破裂患者中选取92例作为研究对象,回顾分析患者临床资料,根据术式不同对患者进行分组,其中行开腹脾修补或部分脾切除术的46例划为试验组,行开腹全脾切除术的46例划为对照组,所有患者治疗前均治疗方案并取得其同意。对照组患者中有男性25例,女性21例,年龄区间在25-68岁,平均年龄为(36.78±5.89)岁,损伤情况为闭合性损伤29例,开放性损伤17例;观察组患者中有男性26例,女性20例,年龄区间在26-69岁,平均年龄为(37.19±5.65)岁,损伤情况为闭合性损伤27例,开放性损伤19例。对比两组患者的以上一般资料,并未发现组间差异存在显著性,即 $P > 0.05$,故可以进行组间对比研究。

1.2 方法

对照组患者接受全麻下开腹全脾切除术。

试验组患者接受开腹脾修补或部分脾切除术,取患者仰卧位,行气管插管全麻,于左肋下缘行斜切口,对脾脏情况进行探查,根据术中患者的脾破裂程度制定修补或切除方案,对于破裂程度较低的选择单纯缝合即可,对于破裂程度一般的应采用脾修补术联合大网膜填塞术,对于存在严重出血的患者需要及时查找出血点并进行止血处理,之后根据患者脾脏破裂情况决定切除程度,最大限度内保留脾脏,保留机体免疫力,切开脾胃韧带后,血管走向清晰的患者直接进行血管处理,血管走向不清晰者紧靠血管入脾门处进行血管处理,分小束结扎,注意观察脾脏血运,血管处理后可见血运障碍、良好之间的分界线,于分界线向健侧0.5cm行U型缝合,采用钳夹法将缺血部分脾脏切除,然后结扎血管,缝合后引流。

1.3 观察指标

①对两组患者的手术时间、术中出血量、住院时间进行对比分析;②对两组患者的免疫功能。患者术前与术后1个月分别取全血,对患者免疫指标进行检测,包括IgG、IgA、IgM、CD3⁺与CD4⁺。

1.4 统计学处理

以SPSS21.0系统作为数据处理软件,将两组患者的数据资料录入系统进行检验,以(n,%)表示计数资料,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行卡方值检验和t值检验,若见组间差异存在 $P < 0.05$,即存在统计学差异。

2 结果

2.1 观察组与对照组患者的手术指标对比

对比两组患者的手术指标,观察组患者的手术时间等均短于对照组($P < 0.05$),详见表1。

表1: 两组患者的手术指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	46	51.34±5.23	96.78±5.46	10.45±3.21
对照组	46	67.23±8.09	118.12±5.98	14.08±3.67
T		11.187	17.874	5.049
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者的免疫功能比较

两组患者的免疫功能指标在术前并无显著性差异, $p > 0.05$;术后观察组、对照组的IgG水平与术前比较无显著差异,观察组显示略升高,对照组显示略下降;术后对照组IgA、IgM、CD3⁺、CD4⁺水平比术前显著下降($P < 0.05$),并且对照组术后各指标水平显著低于观察组($P < 0.05$),详见表2。

表2: 两组患者的并发症情况 (例, %)

		IgG	IgA	IgM	CD3 ⁺	CD4 ⁺
观察组	术前	12.2±5.6	2.2±1.6	1.6±0.9	58.6±8.3	26.9±5.4
	术后	13.7±5.3	2.8±1.9	2.3±1.1	57.3±8.4	27.2±5.5
对照组	术前	12.7±5.4	2.3±1.4	1.7±1.0	58.9±7.9	27.1±5.7
	术后	10.5±6.1	1.1±1.8	1.1±0.6	49.7±8.9	20.9±5.2
t		2.686	4.405	6.495	4.212	5.645
P		0.009	0.000	0.000	0.0001	0.000

3 讨论

脾脏的作用主要为过滤与存储血液,是血运充足其质地较脆的器官,位于左上腹部,一旦受到外力打击,极易发生破裂,引发大量出血,最终导致患者休克甚至是死亡^[3]。随着现代社会的经济发展,各类事故的发生率也一直居高不下,其中交通事故造成的创伤性脾破裂的死亡率较高。

针对创伤性脾破裂,临床上一般采取手术的方式进行,较为常见的有开腹全脾切除术与开腹脾修补、部分切除术,能够对患者的病情进行控制。开腹脾修补、部分切除术能够最大限度保留脾脏功能,确保患者的免疫力,开腹全脾切除术虽然疗效显著,但创伤较大,切除脾脏这一主要免疫器官后,术后发生暴发感染的比例较高^[4-5]。本研究结果显示,对比两组患者的手术指标,发现实施修补术与部分切除术治疗的患者,手术时间、出血量和

(下转第18页)

作者简介: 李亚先 (1975年2月2日-), 籍贯: 云南省富源县, 民族: 汉族, 职称: 主治医师, 学历: 大学本科, 主要从事普外工作。

治疗效果的系统评价[J]. 广西医科大学学报, 2013年8月第30期
 [6]熊俊, 耿乐乐, 迟振海, 张波, 付勇, 谢丁一, 陈日新. 艾灸治疗不同炎感腰椎间盘突出急性期患者60例疗效观察[J]. 中

医杂志, 2015年11月第56卷第21期
 [7]吴三涛. 针灸推拿加中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017年第4卷第69期

表1: 对照组

主观症状 (9分) 5.2±0.55			临床体征 (6分) 3.8±0.21			日常生活受限度 (ADL) (14分) 11.4±2.1			膀胱功能 (-6-0分) -1.98		
下腰痛	腿疼兼/或麻刺痛	步态	直腿抬高试验 (包括加强实验)	感觉障碍	运动障碍	平卧翻身	正常 (2分)	举重物	正常 (2分)	正常	直腿抬高试验 (包括加强实验)
无任何疼痛 (3分)	无任何疼痛 (3分)	正常 (3分)	正常 (2分)	无 (2分)	正常肌力5级 (2分)	站立1小时	正常 (2分)	行走	正常 (2分)	轻度受限 (0分)	正常 (2分)
偶尔轻微疼痛 (2分)	偶尔轻微疼痛 (2分)	即使感觉肌肉无力也可步行超过500米 (2分)	30-70° (1分)	轻度障碍 (1分)	轻度无力肌力4级 (1分)	洗漱	正常 (2分)	坐位	明显受限 (0分)	明显受限 (0分)	30-70° (尿储留尿失禁) (-6分)
频发轻微疼痛或偶发严重疼痛 (1分)	频发轻微疼痛或偶发严重疼痛 (1分)	步行 < 500米即出现腿疼刺痛无力 (1分)	< 30° (0分)	明显障碍 (0分)	明显无力肌力0-3级 (0分)	前屈	正常 (2分)				
得分: 1.8±0.6	得分: 2.1±0.31	得分: 1.3±0.4	得分: 1.2±0.19	得分: 1.3±0.19	得分: 1.4±0.2	得分: 11.4±2.1			得分: 0.88		得分: 1.1

表2: 治疗组

主观症状 (9分) 7.5±0.43			临床体征 (6分) 5.33±0.24			日常生活受限度 (ADL) (14分) 14.4±3.02			膀胱功能 (-6-0分) -1.21		
得分: 2.7±0.31	得分: 2.3±0.33	得分: 2.5±0.4	得分: 1.9±0.19	得分: 1.55±0.13	得分: 1.88±0.21	得分: 14.4±3.02			得分: 0.66		得分: .55

(上接第14页)

考虑到患者的实际需求, 了解患者间的差异, 避免护理方案笼统一刀切的处理, 保持护理的灵活性, 提升患者的治疗配合度, 由此发挥更好的治疗护理作用。

参考文献

[1] 杨丽丽. 人性化护理在冠心病心绞痛合并心律失常患者中的

的应用观察[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(15):250-251.

[2] 康爱玲, 陈焯, 孙宽等. 人性化护理联合健康教育对冠心病心绞痛患者临床指标及生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(26):149-152.

[3] 李薇. 人性化护理在冠心病心绞痛合并心律失常患者中的应用效果[J]. 心理医生, 2017, 23(10):194-195.

(上接第15页)

力学改变对于诊断宫内窘迫及预测不良结局具有重要意义, 值得在临床推广。

参考文献

[1] 胡芯端, 胡密淑, 王银雪. 超声检测对宫内窘迫的诊断价值及脐血流指数分析的意义[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(32):5344-5346.

[2] 汤冬梅, 卢慧涛, 李征军, 汤辉, 贺建雄. 彩超检测在胎

儿窘迫中应用价值的探讨[J]. 江西医药, 2013, 48(10):927-929.

[3] 李学会. 彩色多普勒超声检测胎儿脐血流在宫内窘迫诊断中的临床价值[J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(10):125-127.

[4] 陈冰, 郭蕾, 李春东. 彩色多普勒超声检测胎儿脐血流在宫内窘迫诊断中的临床价值[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(04):64-66.

[5] 潘彦. 探讨彩色多普勒超声检测胎儿脐血流诊断胎儿宫内窘迫的临床价值[J]. 现代预防医学, 2010, 37(14):2656-2657.

(上接第16页)

出院时间都比全切患者更优, 并且术后对照组 IgA、IgM、CD3+、CD4+ 水平比术前显著下降, 而对照组术后各指标水平显著低于观察组 (P < 0.05)。结果提示, 开腹脾切除修补与部分切除术的手术治疗时间短于开腹全脾切除术, 且术后免疫功能更优。

综上所述, 开腹脾切除修补与部分切除术治疗创伤性脾破裂的手术时间短于全脾切除术, 且术后免疫功能指标优于对照组, 有利于患者的康复。

参考文献

[1] 杨权光. 脾保留手术治疗创伤性脾破裂的临床效果分析[J].

中国医学创新, 2012, 09(4):145-146.

[2] 马建中, 张宇, 韩圣瑾, 等. 脾全切除术与脾部分切除术治疗外伤性脾破裂的临床疗效对比[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(24):4706-4709.

[3] 段永省. 部分切除术与全脾切除术治疗外伤性脾破裂对比分析[J]. 当代医学, 2016, 22(17):256-257.

[4] 梁超承, 肖芳荷. 部分脾脏切除在脾破裂中的应用分析[J]. 中国实用医刊, 2014, 41(8):69-70.

[5] 张开亮. 外伤性脾破裂的临床分析及全切手术探讨[J]. 中国医药指南, 2017, 15(18):104-105.