

• 临床研究 •

法医临床鉴定中外伤性延迟性脾破裂的识别与评估分析

付 康 杨 升*

成都医学院第一附属医院司法鉴定所 四川成都 610500

【摘要】目的 分析外伤性延迟性脾破裂的法医临床鉴定特征，掌握其识别要点与评估方法。方法 回顾性分析 2023 年 1 月至 2024 年 12 月 62 例经法医鉴定的外伤性延迟性脾破裂案例，对其创伤机制、临床表现、鉴定结果等进行统计分析。结果 I 级裂伤 26 例、II 级裂伤 12 例、III 级裂伤 14 例、IV 级裂伤 10 例；轻伤一级 37 例，轻伤二级 18 例，重伤二级 7 例。结论 外伤性延迟性脾破裂的法医临床鉴定需结合损伤机制、动态影像学检查、病理学检查等进行综合评估，以确保鉴定结果的准确性。

【关键词】外伤性延迟性脾破裂；法医临床鉴定；影像学检查

【中图分类号】R89

【文献标识码】A

【文章编号】1009-4393 (2025) 19-024-02

脾脏是腹腔损伤中最易受累的实质器官，其中延迟性脾破裂发病率约占脾损伤的 10%~15%^[1]。由于外伤性延迟性脾破裂临床表现隐匿、潜伏期差异大，容易出现临床误诊、漏诊及法医鉴定争议^[2]。本研究旨在通过分析 62 例法医临床鉴定案例，为法医学识别与评估路径优化提供参考。

1 资料及方法

1.1 一般资料

以 2023 年 1 月至 2024 年 12 月期间进行法医临床鉴定的外伤性延迟性脾破裂患者为研究对象。在《赫尔辛基宣言》指导下，纳入 62 例实施临床资料回顾性分析。其中男性 40 例 (64.52%)，女性 22 例 (35.48%)；年龄最小 24 岁，最大 68 岁，平均 (42.25±8.71) 岁；身高 142~181 (174.32±8.76) cm；体重 46~84 (68.77±5.59) kg。

1.2 相关标准

纳入标准：(1) 符合联合国世界卫生组织定义的外伤性延迟性脾破裂标准；(2) 年龄介于 18~70 岁之间；(3) 一般资料、临床及影像学资料完整。

排除标准：(1) 病理性脾破裂；(2) 处于妊娠期；(3) 高级认知功能受损；(4) 多组织器官衰竭。

1.3 方法

1.3.1 数据采集

通过医院信息系统提取研究对象急诊记录、生命体征监测数据、临床检查结果等。同步采集法医现场勘验报告，包括致伤工具、外力作用方向、受伤体位等。

1.3.2 法医鉴定

外伤性延迟性脾破裂的法医临床鉴定是一个相对复杂的过程，需遵循系统性分析与多维度评估原则实施。具体操作如下：(1) 系统性格格检查与损伤机制分析：对患者左季肋部进行重点检查，记录其皮肤挫伤、瘀斑等体表特征，结合外伤史系统分析外力作用的方式、强度等。同步排查胸部、骨盆等相邻区域，用以排除复合伤干扰。根据生物力学原理，评估外

力与脾脏解剖特点的关联性，判断患者是否存在迟发性破裂的病理基础。(2) 动态病程监测与时间节点验证：严格追溯患者外伤至临床症状出现的间隔期，重点关注“中间清醒期”的临床表现，如面色苍白、突发左上腹疼痛、左肩部放射痛、血压下降等。疼痛特征需结合视觉模拟量表 (Visual Analogue Scale, VAS) 或数字评定量表 (Numerical Rating Scale, NRS) 量化，并与腹膜刺激征相互印证。(3) 多模态影像学动态比对：采用计算机断层扫描 (Computed Tomography, CT)、磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 等影像学技术进行多时相检查。通常，急诊期 (伤后 24h 以内) 以多层 CT 平扫+增强扫描，观察脾脏形态、密度、造影剂分布等；潜伏期 (伤后 24~48h) 以 MRI 多序列扫描，观察包膜下血肿、脾实质挫裂伤、早期缺血性改变等；临床发作期 (伤后 72h 至 7d) 以超声造影检查，监测脾脏血流动力学变化，定量分析脾门区血流频谱阻力指数。重点识别延迟性破裂的包膜下新月形低密度影、渐进性造影剂外渗、包膜中断征象、腹腔内游离积血等影像学特征性表现。若临床出现休克前期表现而影像学阴性，则需要实施创伤超声重点评估 (Focused Assessment with Sonography for Trauma, FAST) 检查或结合美国创伤外科学会 (American Association for the Surgery of Trauma, AAST) 分级标准评估。病理学检查可确诊包膜断裂深度、血肿机化程度，为因果关系提供准确依据。

(4) 损伤程度量化：排除自发性破裂和其他腹腔脏器迟发性损伤后，参照《人体损伤程度鉴定标准》，根据破裂范围、出血量、干预方式等综合评定损伤等级。脾损伤等级评估标准：(1) 轻伤一级：脾包膜破裂伴血肿直径 > 2cm，需止血材料干预，已造成脾功能损害；(2) 轻伤二级：脾包膜下血肿直径 < 2cm，未累及实质；(3) 重伤二级：中央性脾脏碎裂，脾脏结构与功能严重受损，需紧急医疗干预，可能危及患者生命。脾裂伤等级评估标准：(1) I 级：单裂口长度 < 5cm、深度 < 1cm，被膜破裂未脱落，无脾门损伤；(2) II 级：≥ 2 处裂口，长度 > 5cm、深度 > 1cm，被膜破裂未脱离，脾门无损伤；(3) III 级：多发性不规则裂伤，脾门分离或部分损伤，脾功能严重受损；(4) IV 级：广泛不规则裂伤，伴脾门完全分离、被膜脱落或脾动脉断裂，脾脏功能完全丧失。

1.4 观察指标

统计研究对象致伤因素、临床表现、鉴定结果。

1.5 统计学方法

作者简介：付康 (1987.7.10-)，性别：男，民族：汉，籍贯：陕西西安，科室：医务科，学历：大学本科，研究方向：主要从事法医临床鉴定、法医病理鉴定及研究。

* 通讯作者：杨升 (1996.1.10-)，性别：男，民族：汉，籍贯：贵州毕节，科室：医务科，学历：大学本科，研究方向：主要从事法医临床鉴定、法医病理鉴定及研究。

数据采用 SPSS 24 软件分析, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 计数资料用例 (n)、率 (%) 表示。

2 结果

2.1 致伤因素

62 例患者中 32 例 (51.61%) 为交通事故致伤, 14 例 (22.58%) 为高空坠落致伤, 12 例 (19.35%) 为钝器击打致伤, 4 例 (6.45%) 为其他原因致伤。

2.2 临床表现

62 例患者均主诉腹痛, 50 例 (80.65%) 呈左上腹疼痛, 32 例 (51.61%) 呈弥漫性腹痛, 18 例 (29.03%) 呈左肩部放射痛。28 例 (45.16%) 伴腹胀, 22 例 (35.48%) 伴恶心、呕吐, 34 例 (54.84%) 伴头晕、乏力, 10 例 (16.13%) 伴发热。72h 内出现明显症状者 27 例, 占 43.55%。潜伏期范围伤后 48h ~ 20d, 平均 (7.66 ± 2.64) d。

2.3 鉴定结果

62 例患者 I 级、II 级、III 级与 IV 级裂伤各 26 例 (41.94%)、12 例 (19.35%)、14 例 (22.58%)、10 例 (16.13%)。治疗后, 37 例 (59.68%) 鉴定为轻伤一级, 18 例 (29.03%) 鉴定为轻伤二级, 7 例 (11.29%) 鉴定为重伤二级。

3 讨论

法医临床鉴定不仅能明确损伤原因, 还可进一步厘清责任归属, 并为赔偿方案提供客观依据。外伤性延迟性脾破裂因病理机制复杂、临床表现隐匿, 法医临床鉴定难度较大。有必要构建系统的识别与评估路径, 切实提升鉴定结果的准确性和可靠性。本研究通过回顾性分析 62 例案例, 揭示了外伤性延迟性脾破裂的损伤特征、识别与评估要点。

外伤性延迟性脾破裂以腹痛为主要症状, 初期常局限于左上腹, 可向左肩部放射, 症状轻微或呈间歇性, 容易被误认为肋部挫伤或肌肉损伤^[3]。临床检查一般可见包膜下血肿或微小裂伤。随着出血量增加, 可逐渐突破脾包膜, 引起迟发性破裂, 出现突发剧烈腹痛、腹膜刺激征、失血性休克等

危急症状。本研究中潜伏期平均 (7.66 ± 2.64) d, 提示法医鉴定需重点关注伤后 2 周内的动态监测。外伤性延迟性脾破裂致伤原因较多, 本研究多属于交通事故致伤。这可能与高速撞击产生的剪切力更易造成脾实质深部损伤及包膜下血肿形成有关。此类案例初期临床表现隐匿, 误漏诊率较高, 应结合车辆碰撞方向、速度、安全带使用情况等综合分析外力作用机制。影像学检查是识别外伤性延迟性脾破裂的核心手段。在法医临床鉴定中, 可根据外伤性延迟性脾破裂病理生理机制及影像学演变, 进行多模态、动态评估。CT 的高分辨率能清晰显示脾脏结构及血肿密度, 实现包膜下血肿早期识别; MRI 对微小挫裂伤的敏感性较高; 超声造影在血流动力学变化监测方面具有独特优势, 可实时观察脾脏血流灌注情况。值得注意的是, 本研究 10 例 IV 级裂伤患者中, 7 例在首次 CT 检查中表现为阴性, 但 FAST 复查均发现腹腔积血, 提示对高风险病例需重复影像学检查以避免漏诊。外伤性延迟性脾破裂的“中间清醒期”易引发法律纠纷。本研究中 12 例患者因初期症状轻微未及时就医, 导致后续破裂后被质疑为二次损伤。对此, 法医需结合外伤史、影像学变化等进行因果论证。建议在鉴定标准中细化影像学动态随访要求。

综上所述, 外伤性延迟性脾破裂的法医临床鉴定需以损伤机制为起点, 通过多模态影像动态比对、病理学验证等, 识别损伤程度与外伤的因果关系, 依据相关规定给予准确鉴定。

参考文献:

- [1] 石玉玲, 黄家喜, 林德齐. 彩色多普勒超声在外伤性脾破裂诊断及治疗中的应用价值 [J]. 医疗装备, 2023, 36(06):85-87.
- [2] 郑灵迪, 王湖冰. 法医鉴定在外伤性延迟性脾破裂诊断中的探讨 [J]. 法制博览, 2023, (08):109-111.
- [3] 何金水. 外伤性脾破裂经缝合修补术治疗的法医临床鉴定 1 例 [J]. 法制与社会, 2020, (11):108-109.

(上接第 23 页)

与对照组相比, 观察组术后并发症的发生率更低 ($p < 0.05$), 如下表 2:

3 讨论

肾结石为泌尿系统的常见病, 40% ~ 75% 的肾结石患者有不同程度的腰痛, 部分患者结石可堵塞输尿管, 尿液从肾盂排出受阻, 使肾内压力增高, 肾盂肾盏扩张, 肾实质萎缩, 造成尿液积聚在肾内称为肾积水, 进而影响肾功能^[6]。肾积水的治疗方法是根据患者的情况来确定的, 对于肾积水严重者, 对侧肾功能好则行肾切除^[7]。对于肾切除, 目前临床上多采用后腹腔镜肾切除术, 此术式具有对腹腔脏器干扰小、不受腹腔粘连等因素的影响, 也符合泌尿外科医生开放手术的习惯^[8]。

本实验给予观察组患者后腹腔镜肾切除治疗, 对照组患者则使用传统的肾切除手术治疗。两组对比, 观察组术后并发症发生率明显比对照组低, 观察组的各项住院指标明显优于对照组。

综上所述, 与传统的开腹肾切除术相比, 后腹腔镜肾切除术的临床效果更佳, 它能明显减少患者不良反应的发生, 改善患者预后, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 刘鹏, 安康, 姚雷, 等. 后腹腔镜肾切除治疗结石所致重度积水无功能肾的临床疗效分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2025, 36(4):427-429.
- [2] 梅傲冰, 贾本忠, 孙发, 等. 后腹腔镜肾切除治疗结石所致重度积水无功能肾的临床体会 [J]. 中国社区医师, 2022, 38(27):60-61.
- [3] 徐辉, 张国玺, 邹晓峰, 等. 耻骨上辅助经脐单孔腹腔镜下肾切除术: 单中心学习曲线研究 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2024, 45(8):572-577.
- [4] 席国瑞. 后腹腔镜肾切除术治疗无功能肾积水患者的临床效果 [J]. 健康前沿, 2025, 34(3):188-188.
- [5] 鲁成军, 田金波, 黄剑钊, 等. 后腹腔镜根治性肾切除术与开放根治性肾切除术的对比研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2023, 10(96):18-20.
- [6] 吴为. 经后腹腔途径腹腔镜下肾切除的临床价值 [J]. 医药前沿, 2022, 12(34):132-132.
- [7] 陈娟, 黄青. 腹膜后腹腔镜下肾切除术的手术配合 [J]. 心理医生, 2023, 29(31):252-253.
- [8] 郑金华, 谢进东. 后腹腔镜肾部分切除术热缺血时间的临床研究 [J]. 实用医技杂志, 2025, 32(1):73-74.