

脾包膜下血肿 42 例诊治体会

★ 毛水清 (浙江省常山县人民医院 常山 324200)

关键词:脾;包膜下;血肿

中图分类号:R 656 文献标识码:B

本院 1997 年 1 月~2006 年 12 月共收治脾包膜下血肿 42 例,保守治疗 31 例,经中西医结合治疗痊愈。11 例转化为延迟性脾破裂,经手术治疗。8 例患者因包膜下血肿渐增大,切除脾脏。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 42 例中,男 31 例,女 11 例,年龄 15~62 岁。均为腹部闭合性损伤。致伤原因:交通事故伤 24 例,他人钝器伤 12 例,跌伤 6 例。受伤至入院初诊时间: <12 小时 8 例,12~24 小时 11 例,24~48 小时 10 例,>48 小时 13 例。临床表现:42 例均有腹部外伤史,37 例诉有左上腹部疼痛及压痛。18 例早期血压偏低(低于 90/60 mmHg),脉搏细速,面色苍白等轻度内出血征象。24 例早期无明显内出血征象。全部作腹腔穿刺,32 例抽得不凝固

血液。42 例均经本院 B 超或彩色多普勒检查而确诊。

1.2 结果 在严密观察下,做好手术准备,行保守治疗。除 11 例发生延迟性破裂外,余 31 例经连续超声动态观察,血肿均有不同程度吸收、减少,部分很快消失。其中 1 例为 49 岁,男性、因跌伤住院 3 天而自动出院,伤后第 10 天因延迟性脾破裂伴休克再来本院就诊,因抢救及时,施行手术痊愈出院。另 10 例在本院住院过程中及时手术,术后 10~24 天痊愈出院。其中 8 例患者因包膜下血肿渐增大达 10~15 mm(长径)而转为手术治疗,术后 10~24 天痊愈出院。而保守治疗的 31 例,住院 8~35 天,平均 16 天,痊愈出院。

2 讨论

不能完全满足实际治疗需要。引入开放性的心理治疗可能使患者对自己的病情有一个客观全面的看法,并更容易接受药物、物理治疗,竖立信心,目前更多的是对生活的指导和抚慰。故尝试在这方面引入药物治疗,考虑 CP 患者的精神情绪症状符合中医学肝郁理论,为肝失疏泄、气机不畅。通过辨证论治从疏肝入手,恢复肝的疏泄功能,从而达到调节 CP 患者情志活动之目的。有鉴于此,本组方侧重疏肝理气,辅以活血化瘀。其中柴胡具有疏散退热,疏肝解郁之功效。其主要成分柴胡皂苷具有解热、镇痛、抗炎、护肝等作用,可增强体液免疫和细胞免疫的功能;研究还发现其具有抗内毒素活性的功效。白芍活血养血,白芍总甙能促进吞噬细胞吞噬功能;柴胡、白芍、甘草具有镇静、镇痛、解痉、抗病毒、抗炎、抗过敏、产生干扰素,促进免疫功能等作用;枳壳加强舒肝理气作用,药理研究表明,其具有调节平滑肌活动并含有其他平滑肌活性物质,四药共用能疏肝

理气,愉悦情怀,调理情志,改善患者烦躁、忧郁、焦虑不安等症状。丹参、泽兰、桃仁、乳香等重在活血化瘀,通络止痛,能扩张周围血管,改善局部微循环,解除局部炎性梗阻,促进炎性分泌物排出和增生病变的软化,提高局部有效药物浓度及治疗效果。败酱草清热解毒、消肿散瘀,具有广谱抗菌作用及抗病毒作用,能抑制或杀灭病原微生物,减轻炎症反应,改善临床症状。诸药合用,共奏疏肝解郁、清热利湿、解毒去浊、行气活血、化瘀通络之功,终使肝主疏泄,气机调畅,脏腑功能正常,精气固则藏而不泄,脾气健则湿化而不留,清浊相分离,且化瘀通络,瘀与浊并治,经与络皆通,则水道通利,从而改善 CP 患者排尿异常症状。

参考文献

[1] 张亚强,刘猷枋.前列腺汤治疗慢性前列腺炎血瘀证的临床与实验研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(9):534-536.

(收稿日期:2008-12-18 责任编辑:周茂福)

2.1 脾包膜下血肿的诊断 脾包膜下裂伤、包膜下血肿的病例,临床表现不典型,腹腔穿刺阴性,诊断一时难以确定,采用B型超声、核磁共振、CT或选择性腹腔动脉造影等可帮助明确诊断^[1]。B超检查能显示较大的包膜下血肿、CT扫描能清楚地显示脾脏的形态,对诊断脾包膜下血肿的准确性很高。脾包膜下血肿常出现漏诊,被漏诊的病例一旦出现破裂(包括延迟性破裂),常因抢救不及时而导致病人死亡。所以对于左下胸、左上腹、左腰部损伤,腹腔穿刺者,需要仔细检查及观察,以防脾包膜下血肿漏诊。

2.2 转化为延迟性脾破裂的处理 脾包膜下血肿,有的会转为延迟性脾破裂。脾破裂延误出血,指脾损伤后有48小时以上的无症状潜伏期,然后突然出现腹腔出血的症状和体征,许多学者把脾脏损伤后48小时以上发生内出血症状者都称为延迟性脾破裂^[2]。延迟性脾破裂的治疗目前仍以手术为主。由于该病早期诊断困难,出血凶猛,病情变化快,同时脾脏损伤时间长,脾脏裂口有血凝块不易清除及止血,加上局部组织水肿、粘连,作脾脏修补或部分切除术困难,往往为抢救病人生命作脾切除术为首选^[3]。本组11例中,3例为伤后3天腹腔内出血,5例为伤后5~7天出血,3例为7天以后出血。11例患者均在住院期间,因及时手术切除脾脏而挽救了生命,痊愈出院。

我们认为脾包膜下血肿住院保守治疗时间不能少于1周,出院后尚需全休1个月以上,定期复诊,观察病情变化。

2.3 脾包膜下血肿逐渐增大的处理 应及时手术治疗,增大的血肿长径甚至超过10 cm,体表触诊脾达脐横线,术中见肿大的脾包膜明显增厚;有2例包膜下血凝块机化伴有脓性分泌物,顺利切除伤脾,术后恢复良好,术后11~13天痊愈出院。有报告隐匿性或慢性脾破裂能继发感染,形成脓肿和假性囊肿^[2]。如脾包膜下出血经治疗后血肿渐增大,又若参加劳动,还有大出血之可能,故积极准备后宜手术治疗。

2.4 脾包膜下血肿的保守治疗 鉴于脾脏有很多重要功能,我们对脾脏手术持慎重态度,对于脾包膜下血肿总尽量采用保守治疗方案。

从理论上讲,由于血管平滑肌的收缩和血容量减少等因素,或采用有效的非手术治疗,出血可自行停止,血清被吸收,血块机化,而后痊愈^[2]。文献报导,非手术疗法保脾的方法是置伤员于监护室内,令

其制动,禁食,并补足血容量,根据病情作出相应处理,密切观察伤情变化,随时准备中转手术,以免造成恶果^[4]。

我们采用中西医结合治疗,效果满意。在密切观察生命体征,卧床休息,做好早期破裂随时中转手术的准备,抗炎,应用止血药(维生素K₁、止血敏及抗纤溶类药静脉滴注)的基础上,采用失笑散合桃红四物汤加减治疗。基本方(蒲黄10 g、五灵脂10 g、桃仁10 g、红花5 g、当归10 g、乳没药各5 g、赤芍10 g、川芎10 g、制军10 g、香附10 g、佛手10 g),每日1剂,二次煎服。并于次日及第3日各复查B超1次,观察血肿动态变化,第6或第7日再复查1次,血肿若无增大,或缩小,第8、9日即可出院。部分病例第13或第14天再复查B超1次,决定出院时间。

经随访保守治疗成功者,出院后定期复查,小血肿(长径4±cm)10天左右,血肿吸收消失。较大血肿(长径9 cm),多次复查B超,半年后血肿完全吸收。多数完全吸收为伤后2个月。

2.5 包膜下血肿早期诊断 包膜下血肿早期诊断很关键,王健等认为对上腹及季肋部钝伤者,应结合临床予以高度警惕。早期周密观察可防止病情加重,并运用多次B超复查,监测血肿大小变化,减少因病员盲目活动,造成病情恶化,导致真性破裂,带来严重后果。并认为B超检查简便、迅速、经济而无损伤性,在脾包膜下血肿保守治疗中有较高价值^[5]。脾包膜下破裂和中央型破裂由于包膜完整,伤后早期无出血现象,病人多有左上腹痛,并向左肩放射,腹部无阳性体征或只有左上腹轻微压痛,容易忽视。对有左上腹部外伤史、疑有内脏破裂者应在2周内观察腹痛演变过程,动态监测血压及脉搏全血细胞计数和B超检查^[6],防止误诊漏诊。

参考文献

- [1] 石美鑫,熊汝成,李鸿儒,等.实用外科学[M].北京:人民卫生出版社,1992:546.
- [2] 夏穗生,王学浩,仇登波,等.现代脾脏外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,1990:71-72.
- [3] 龚俊生,陈颢,陈建峰.延迟性脾破裂24例诊治分析[J].浙江创伤外科,2005,10(5):385.
- [4] 马敏.保脾技术方法及其指征的合理选择[J].临床外科杂志,1996,4(2):60.
- [5] 王健,罗卓琳.B超在肝脾包膜下血肿21例保守治疗中的应用分析[J].遵义医学院学报,2000(4):327.
- [6] 王海全.延迟性脾破裂12例诊治分析[J].医学理论与实践,2005,18(7):803.

(收稿日期:2008-12-11 责任编辑:秦小珑)