

此 本组经验表明:BiPAP 辅助通气是一项有效的纠正低氧血症的治疗措施,当 BiPAP 辅助通气不能有效纠正低氧血症时,气管插管和气管切开亦不能改善预后。

总之,我们的体会是:支气管肺泡灌洗采样是用于肾移植术后肺部感染诊断的一项较有价值的技术;早诊断、早治疗(“大包围”治疗方案和小剂量甲基强的松龙)、早期撤除免疫抑制剂是肾移植术后重症肺炎治疗成功的关键。

## 【参考文献】

[1] Tanphaichitr NT, Brennan DC. Infectious complications in renal transplant recipients[J]. Adv Ren Replace Ther, 2000, 7(2):131

-146.

[2] Kasiske BL, Vazquez MA, Harmon WE, et al. Recommendations for the outpatient surveillance of renal transplant recipients. American Society of Transplantation[J]. J Am Soc Nephrol, 2000, 11 Suppl 15: S1-86.

[3] Sileri P, Pursell KJ, Coady NT, et al. A standardized protocol for the treatment of severe pneumonia in kidney transplant recipients [J]. Clin Transplant, 2002, 16(6): 450-454.

[4] Lehto JT, Anttila VJ, Lommi J, et al. Clinical usefulness of bronchoalveolar lavage in heart transplant recipients with suspected lower respiratory tract infection[J]. J Heart Lung Transplant. 2004, 23(5):570-576.

[5] Lee N, Hui D, Wu A, et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong[J]. N Engl J Med. 2003, 348(20):1986-1994.

编辑 许福明

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)04-0349-01

## 外伤性脾破裂不同术式的选择

王双全 (西电医院肝胆外科, 陕西 西安 710077)

【关键词】脾破裂 外伤性 外科治疗

【中图分类号】R657.62 【文献标识码】B

0 引言 随着对脾脏功能和解剖认识的提高,人们越来越认识到在外伤性脾破裂中保脾的重要性。我院 1995-01/2005-12 共施行外伤性脾脏手术 98 例,对临床资料进行回顾性分析。

1 临床资料 本组男 66 例,女 32 例,年龄 9~73(平均 36.4)岁。交通伤 38 例,撞伤 27 例,坠落伤 25 例,锐器伤 8 例。伤后 12 h 内实施手术 55 例,24~48 h 28 例,48 h 以后 15 例。48 例为单纯性脾外伤,50 例合并其他脏器损伤,其中 6 例合并 2 个或 2 个以上脏器损伤。合并肋骨骨折 15 例,骨盆骨折 13 例,四肢骨折 8 例,脑外伤 7 例,肝脏外伤 5 例,肠破裂 5 例,血气胸 4 例,肾脏损伤 4 例,胰腺损伤 3 例。本组有休克表现者 31 例。按 2000 年第六届全国脾脏外科学术研讨会制定的脾脏损伤分级标准<sup>[1]</sup>,本组 I 级脾脏损伤 17 例,II 级 45 例,III 级 31 例,IV 级 5 例。术中首先控制活动性出血,根据患者全身状况、有无合并伤及脾脏损伤程度的不同决定手术方式。本组行全脾切除术 60 例,保脾(含脾片移植)38 例,其中单纯粘合凝固止血 3 例,单纯缝合修补 13 例,大网膜填塞加缝合修补 9 例,行脾部分切除 8 例。全脾切除后脾片移植术 5 例。合并伤处理:肝修补 5 例,肠修补 5 例,胸腔闭式引流 4 例,胰腺裂伤清创缝合 1 例,脑血肿清除及左肾切除各 1 例。结果全脾切除 60 例,治愈 58 例。术后主要并发症 7 例,其中肺部感染、粘连性肠梗阻各 2 例,抗感染、胃肠减压治愈。膈下积液及胰漏各 1 例,经 B 超引导下穿刺引流治愈。下肢深静脉血栓 1 例溶栓治愈。死亡 2 例。死亡原因为合并重度脑挫伤、血气胸各 1 例。保脾组 38 例,全部治愈,术后发生并

症 6 例,其中再出血 2 例,第 1 日出血量  $\geq 200$  mL,积极保守治愈。切口感染 2 例,经更换敷料痊愈。胰漏 1 例,经引流治愈。1 例粘连性肠梗阻,予胃肠减压等措施治愈。

2 讨论 脾脏具有储血、造血、毁血、免疫调控、抗肿瘤等多种功能,特别对脾切除术后凶险感染的认识以来,脾功能重要性受到了重视<sup>[2]</sup>。脾脏血供的节段性分布特点也为保脾术式的选择提供了解剖学基础。脾破裂患者往往出现休克,尤其是重伤、多发伤患者,立即有效的止血是治疗的关键,其次才是具体保脾术式的选择。我们的做法是:进腹后迅速控制脾蒂出血,剪开脾周围韧带,将脾脏托出切口。进一步观察腹腔内其他脏器有无损伤,根据脾脏损伤的类型、程度、有无合并伤等选择不同术式。如果发现脾脏粉碎性破裂、脾蒂血管损伤、病理性脾破裂、合并其他脏器损伤的危重患者,首选全脾脏切除术。在保脾术式上,对损伤长度  $\leq 5.0$  cm,深度  $\leq 1.0$  cm 的 I 级浅裂伤,采用电凝、明胶海绵或生物胶粘合止血,亦可直接缝合止血。对裂伤总长度  $> 5.0$  cm,深度  $> 1.0$  cm,尚未延及脾门的 II 级损伤,采用细圆针、7 号丝线直接或 U 形缝合修补,缝针应超过创底下 0.5~1.0 cm。较深的裂伤,用带蒂大网膜或明胶海绵填于裂口内缝合,不留死腔,防止残腔内积血,引起感染和脓肿。本组 9 例经上述方法成功修补。III 级脾实质损伤已涉及脾门或脾已部分离断,可实行脾部分切除。其要点是先临时阻断脾门血管,确定切除范围,多采取不规则切除。脾组织脆,缝合易切割,如把残端修剪成鱼口状,可减少张力,便于缝合。断面、针眼渗血可用生物胶粘合止血。本组 8 例中,除 2 例术后少量出血保守治愈外,均恢复满意。IV 级脾动静脉主干离断或严重广泛碎裂,常合并有多脏器损伤,病情允许时可行脾全切除加自体脾片移植术。

总之,在脾破裂术式选择上,我们认为应根据损伤程度、类型、有无合并伤、血源、年龄、麻醉和医生手术的熟练程度等进行综合分析,切忌刻意追求某一种处理方式。

## 【参考文献】

[1] 姜洪池,陈孝平. 实用肝脾外科学[M]. 北京:科学出版社, 2003:578-649.

[2] 夏穗生. 现代腹部外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1996:503.

编辑 袁天峰

收稿日期 2006-10-16; 接受日期 2006-11-13

作者简介 王双全, 硕士, 硕士生导师, 主任医师. Tel: (029) 84225901

Email: Shuangquanw680@163.com