

外伤性肝脾破裂44例分析

山东省立医院外科 陈才元

外伤性肝脾破裂是一种严重而常见的腹内损伤，如处置不当，死亡率很高，治疗方面有待于诊断及治疗及时，山东省立医院自1950—1960年间，共收治肝脾破裂44例，其中肝破裂23例，脾破裂21例，今就此44例进行分析报告。

一般分析

一、年龄：年龄最小者为12岁，最大者为54岁，平均年龄为33岁，其中16—40岁者共33例（75%），故多发生于青壮年（见表一）。

表一 入院年龄分组

年 龄	例 数
11—15	4
16—20	7
21—25	6
26—30	8
31—35	7
36—40	5
41—45	3
46—50	1
51以上	3
共 计	44

二、性别：除一例为女性外，均为男性，这与男性参加生产劳动多有关。

三、职业：计工人16例，农民12例，军人5例，职员3例，学生3例，商人2例，不详者3例，工农因体力劳动，故发生率较高，共28例，占63.6%强。

四、受伤原因：有明显之外伤历史者共42例（见表二），伤源方面主要为直接外力作用于下胸或上腹部，计36例（82%），腰部者4例（9%），全身受压者1例（2.3%），直接外力作用于局部因其强度大，速度快，可使肝脾受挤压而破裂；因外力致肝脾移动超过其正常限度可使韧带撕裂肝脾；或因肝脾周

表二 肝脾破裂原因

原 因	例 数
刺 伤	8
压 伤	8
摔 伤	7
碰 伤	6
击 伤	4
挤 伤	3
牲口踢伤	3
枪 伤	3

围肋骨骨折（本组有5例，占11.13%），骨折端刺破肝脾组织，或因肝脾已有病理改变（共5例，占11.3%），轻微外伤后易于破裂，本组有1例肝癌行肝穿刺引起肝破裂，故对此类患者应慎重从事。间接外力所致之肝脾破裂为数不多，仅3例，间接外力可由他处传导到肝脾，常借力学之冲击作用而引起肝脾破裂。

五、受伤后入院时间：大部分患者入院时间较早，受伤后12小时内入院者27例（61.3%），12—24小时入院者10例（22.7%），2—6天内入院者5例（11.3%），最长时间为受伤后20天入院，另一例时间不详。

症 状

一、腹痛：本组全部均有轻重不等之腹痛，早期多局限于左右上腹或下胸部，以后随出血之增多而扩散至全腹部，但仍以受伤部为重，其中一例仅为腹部隐痛，但持续时间甚久，手术探查证实为脾破裂。

二、恶心与呕吐：本组有恶心者2例，呕吐者6例，症状多甚轻微。

三、晕厥：外伤后当即发生晕厥者共13例（30%），估计系急剧外力刺激腹腔神经丛引起腹部剧烈疼痛，或因伤后内出血所致。

体 征

一、休克：入院时收缩压在80mmHg以下，脉搏在120次以上者共15例，入院后发生者1例，多代表腹腔内出血，其中1例系汽车压伤右上腹，肝组织外露，当即呈现休克昏迷状态，虽在伤后二小时即行手术缝合破裂之肝脏及局部纱布填塞止血，但效果不佳，休克死亡。

二、体温：入院时体温正常者26例，37.5—38°C者8例，38—39°C者9例，39—40°C者1例，发烧患者多系较晚入院者，多与腹腔内出血吸收有关。

三、腹部体征：主要为腹膜刺激征状，因出血刺激腹膜引起，本组44例均有伤侧上腹部压痛，并较明显；全腹轻微压痛者26例（59%）；腹肌轻度紧张者18例（41%）；反跳痛者22例（50%）；移动性浊音阳性者20例（45.5%）。

四、血液检查：血色蛋白在12克以上者26例（59%），10—12克者7例（16%），8—10克者9例（20.4%），2例入院时即呈严重休克，虽经抢救不久即死亡，未查血色蛋白，1例血色蛋白为12克患者，入院后半小时血色蛋白下降为9克，并呈休克状态，故此类患者入院时观察期间，应反复检查血红蛋白及红细胞，注意血压、脉搏变化。

五、X线检查：无休克患者，在进行腹部透视中，多天明显阳性所见。二例脾破裂患者行左腹部摄

片,其中1例发现左上腹大块浓密阴影,并将横降结肠向内下挤压。系脾破裂血肿所致。

六、腹腔穿刺术:腹部移动性浊音阳性患者中,进行腹腔穿刺术仅3例,均抽出血性液体而明确诊断。

七、合并伤:合并其他脏器损伤者共25例,计右侧横膈裂伤者3例,胃破裂2例,肠破裂或挫伤4例,胰脏挫伤1例,肾挫伤或破裂者4例,气管食道裂伤1例,脊椎压缩性骨折2例,左肩胛骨折1例,肋骨骨折5例,尺骨骨折1例,桡骨远端骨折1例,髌关节脱臼1例,脑震荡2例。

诊断

肝脾破裂是比较容易诊断的,除自发性或延迟破裂外,一般均有明显之外伤史,对可疑有内脏实质破裂患者应定时检查血红蛋白之及红细胞,注意脉搏、血压变化,加上腹部情况,常可确诊,但延迟破裂及自发性破裂,或症状较轻微者,其诊断较为困难,临床上必须提高警惕,必要时可行腹腔穿刺及摄腹部X线平片,以协助诊断,本组病例有伤后1/2—6天入院之脾破裂患者3人,经X线腹部平片或腹腔穿刺均得到证实而行手术治疗。

·治疗及其效果

肝脾破裂如不进行手术治疗,死亡率很高,据Elder 52例脾破裂保守疗法的报告中,死亡率达84.6%。Barger氏的报告死亡率可达93—100%。故外科手术疗法实属必要,目下对脾破裂多行脾切除术,止血海绵,缝合修补,纱布填塞或脾动脉结扎仅用于脾脏不能切除的病例,且效果不很肯定。对肝破裂则行缝合修补或纱布填塞法,本组肝破裂23例中:20例行手术疗法;缝合修补者12例,以纱布条或淀粉海绵压迫止血者4例,因裂口不大,表面已被盖凝血块未予处理者4例,术后死亡者6例(30%)。未行手术者3例中:2例因严重休克或合并昏迷而不及抢救死亡,死后行腹腔穿刺有暗红色血液证实为肝破裂。另一例外伤后有右上腹压痛,反跳痛及肌紧张,经保守并观察治愈。脾破裂21例中,20例行脾切除术,痊愈者17例(85%)。1例系脾破裂继发感染,经切开引流后治愈。死亡病例多伴有严重之合并伤,共7例。

麻醉方面采用乙醚吸入,少数情况不佳者采用局部麻醉加乙醚吸入,忌用腰麻,因可使血压下降,加重休克死亡,国内许殿乙氏曾报导用腰麻而致死亡者,切口方面多用左侧或右侧腹直肌切口,在暴露方面一般良好。休克患者应及时输血、抢救无改善者也应紧急手术。本组有二例术前血压未能测得,经紧急手术而治愈。

当脾破裂大量出血时,可在进入腹腔后先用左手紧握脾蒂,在助手协助下,用右手将脾脏推向切口,以便用钳夹住脾蒂止血,此后可按一般方法切除脾脏,脾蒂的处理可用粗丝线双重分离结扎法。

在肝破裂患者大量出血时,可由小网膜边缘处压迫肝动脉和门静脉,以减少出血,最好的操作方法是左手食指进入网膜孔后,用姆食指紧压动脉和静

脉。将肝破裂处行缝合修补,用大网膜或纱布填塞。

手术中应尽可能吸出腹腔积血,脾破裂无腹壁及胃肠道穿孔时可行自家输血。本组腹腔积血最多者1500毫升,最少者300毫升,一般在1000毫升左右。

在全部手术探查病例中,均为包膜及包膜下实质同时破裂,符合于文献报导中以二者同时破裂为多见情况。术中发现1例系肝癌破裂,4例脾肿大。病理检查结果为早期班替氏综合征2例,1例系充血性脾肿大,另1例为脾呈非特异性增生。病理性破裂占本组手术探查病例12.2%弱。

讨论

肝脾是腹腔内实质性器官,血运丰富,组织脆弱,弹性差,其位于左右上腹部深处,籍韧带固定,活动度小,因移动度受限制而易破裂,当肝脾有病理变化而增大并失去肋弓的保护时,更易受外伤而破裂,其破损范围临床上可分为:①包膜破裂;②实质破裂;③包膜与实质同时破裂。如系包膜下破裂则不应有肌紧张。在包膜实质同时破裂时,腹腔因有血淤积可致腹部隆起。腹式呼吸减弱,腹壁反射迟钝,腹部尤其是左或右上腹有明显压痛,腹肌可呈现紧张,但一般紧张度不太强,在病理性破裂时常可触及肿大之肝脾。另在实质性破裂,而其下之包膜未破,或包膜实质同时破裂而裂口被大网膜或凝固的血块堵住时,则血液不流入腹腔,待数日后包膜被血肿胀破,或裂口处之大网膜或血块脱开时,则血液可突然大量流入腹腔,此种现象谓之延迟破裂。通常在伤后数日突然出现严重之内出血,而在2—3周后破裂机会即渐减。

在诊断困难的肝脾破裂病例中,我们主张行腹部摄片及腹腔穿刺术;X线检查诊断的依据为:肝或脾区阴影增加,膈肌上升,运动较对侧微弱,盆腔阴影增加,胃或结肠受挤压移位。根据报导脾破裂透视中,有脾区改变者占83.3%,但亦有认为透视不能肯定其价值,在我们透视的病例中,其结果与后者相同,其原因可能为:①忽略脾区改变之观察。②因局部系一血肿,透视时显影不良,技术上有一定困难,故我们主张在患者一般情况允许下,摄一腹部平片以协助诊断,本组2例脾破裂患者行左侧腹部摄片,阳性者1例。腹腔穿刺术对于腹部挫伤,诊断不明,怀疑腹内有实质性脏器破裂,尤其对于休克或昏迷患者更为有用,其方法可使患者向痛侧卧一分钟,以使血性液体聚于低位,于痛侧脐下腹直肌外缘,先用1%普鲁卡因溶液作浸润麻醉,然后以6—8厘米长,18或20号针头斜行刺入皮肤,使针与腹壁垂直,再缓慢插入腹腔,如抽出暗红色血液,久置不凝固,可证明为实质性脏器破裂。本组脾破裂有腹部移动性浊音患者,3例行腹腔穿刺均抽出血性液体而明确诊断。2例右上腹痛,休克,抢救未及手术死亡患者,死后行腹腔穿刺阳性而诊断为肝破裂。进行穿刺操作时只须小心从事多甚安全。Johnson报告腹腔穿刺100余例中无一例因穿刺而发生意外。有报告穿刺入肠腔,而未发生不良后果,故我们主张在诊断困难时,可用腹腔穿刺术以协助明确诊断。