

延迟性脾破裂的超声诊断价值

张风英(青海省湟源县人民医院功能科 812100)

【摘要】 目的 探讨超声对延迟性脾破裂(DRS)的临床诊疗价值。**方法** 采用常规超声检查回顾分析 23 例 DRS 病例,按照脾损伤的病理解剖类型对患者的超声图像进行分类,随患者病情变化,对中央破裂、包膜下破裂、真性破裂 3 类脾损伤的超声图像进行动态观察,并与患者临床治疗相对照分析。**结果** 23 例患者术前超声诊断 DRS 与手术诊断符合 21 例,占 91.3%,2 例脾包膜下破裂保守治疗,其中 1 例在超声引导下穿刺抽吸,超声动态观察病情至痊愈,占 8.7%;23 例 DRS 临床均治愈。**结论** 超声以其便携、无创、准确性高、快速简便、易重复的优势对 DRS 诊治中有极其重要的价值。

【关键词】 延迟性脾破裂; 超声检查; 包膜

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.05.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)05-0613-01

延迟性脾破裂(DRS)是脾损伤的特殊类型,临床比较少见。由于症状隐匿,给诊断造成一定的困难,易引起漏诊、误诊,延误治疗,其并发症和病死率均高于一般脾破裂,大部分患者超声检查前临床上均未提示脾破裂,所以超声检查对 DRS 的诊治显得尤为重要。本院于 1996 年 5 月至 2010 年 10 月间诊断了 DRS 患者 23 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 23 例患者中男 20 例,女 3 例,最大年龄 56 岁,最小年龄 20 岁,平均年龄 30 岁,距离创伤最短时间 3 d,最长时间 25 d。临床症状均以左上腹痛为主,休息或治疗后疼痛缓解,48 h 后疼痛加重,其中 15 例出现全腹痛。

1.2 仪器 ALOKA-390 黑白超声诊断仪,麦迪逊 SONO-ACE X6 彩色超声诊断仪,探头频率 3.5 HZ。

1.3 方法 受检者以仰卧位为主,辅以右侧卧位、坐位及俯卧位,患者将左臂伸到头上,对于复查患者要求空腹检查。以脾脏为重点行全腹扫查,了解脾脏形态、大小、被膜连续性和内部有无异常改变及脾周、肝肾隐窝、腹腔盆腔有无积液,并探查肝脏、胆囊、胰腺、双肾等腹部其他脏器有无损伤及有无胸腔积液。

2 结果

本组 23 例 DRS 患者术前超声诊断与手术诊断符合 21 例,2 例脾包膜下破裂保守治疗,其中 1 例在超声引导下穿刺抽吸,超声动态观察病情至痊愈;23 例患者声像图表现:(1)中央破裂 4 例,脾脏肿大,包膜连续,实质内探及杂乱一个或多个无回声或低回声不均的团块;其中 1 例合并感染,超声动态观察中 3 例发展为真性破裂;(2)包膜下破裂 4 例,4 例患者脾脏肿大,形态失常,包膜连续,隆起,包膜下与实质间为低回声或无回声占据,呈“月牙”形,2 例见脾周围少量积液,超声动态观察 2 例发展为真性破裂;(3)真性破裂 15 例,高回声的包膜连续线中断或模糊,破裂部回声杂乱,呈不规则增强或减弱回声团块,其内可探及不规则无回声暗区,15 例均见腹腔积液。超声检查后手术治疗 21 例,保守治疗 2 例,1 例在超声定位下穿刺抽血肿。23 例 DRS 临床均治愈。

3 讨论

DRS 是指腹部创伤 48 h 后才突然表现出腹腔内出血的症状和体征,约占损伤脾破裂的 15%^[1],由于患者创伤与就诊时间间隔较长,临床症状不典型,大部分患者超声检查前临床上均未提示脾破裂。因为延迟性脾破裂至出血的时间长短不一,一般认为 80%以上在 2 周内^[2]。文献报道 DRS 病死率较一般性脾破裂为高,且术后并发症多^[3]。超声检查中,根据损伤的

范围和程度,脾破裂分为 3 型,(1)脾包膜下破裂:破裂发生在脾实质周缘部,包膜未破损,形成包膜下血肿;(2)脾中央型破裂:破裂发生在实质深部,包膜完好,形成实质内血肿;(3)脾真性破裂:破损累及包膜,发生不同程度腹腔出血。前两种类型由于出血量受到限制,无腹腔内出血,所以容易被临床漏诊。血肿最终被吸收或形成假性囊肿,也可见继发感染,形成脾脓肿。若血肿逐渐增大或受到轻微外力作用,可突然发生真性破裂,这种情况多发生在伤后 1~2 周^[4]。近年随着对脾功能的进一步认识,脾脏除有造血功能和免疫功能外,还发现内分泌功能,脾切除术后感染易感性增加,可发生凶险感染(OPSI),特别是儿童更易发生凶险性感染,所以目前临床上有保脾趋势^[5]。在实际工作当中,DRS 的声像图与脾损伤时间、部位、程度、破裂部位及大小有关系^[6-7]。通过超声检查进行具体分型、精确定位损伤部位、粗略估测腹腔出血量,判断是否合并并发症、感染、排除合并其他脏器的损伤、合并肝硬化等,为临床制定合理治疗方案提供了可靠的依据,对于包膜下血肿若不大和近期内无迅速增大,非手术治疗中超声可及时监测出血量的变化、血肿的吸收情况,血肿较大者可在超声引导下穿刺抽吸,利于血肿吸收消散,因此超声检查对 DRS 确诊、指导临床制订治疗方案、监测临床治疗效果中具有快速、准确、易重复的优势和重要参考作用。

参考文献

- [1] 夏穗生,曹秀峰,姜洪池.现代脾脏外科学[M].2 版.南京:江苏科学技术出版社,2000:81-83.
- [2] 顾红光,刘永雄.外伤性脾破裂的诊断与治疗[J].普外临床,1989,13(5):311-312.
- [3] 曹秀峰,杨树成,张咸阳.脾破裂延迟性出血诊治中的几个问题[J].实用外科杂志,1992,12(10):545.
- [4] 曹海根,王金锐.实用腹部超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1996:365-366.
- [5] 王亚军,刘强,李峰,等.外伤性脾破裂的保脾治疗现状[J].中国综合临床,2005,21(9):856-858.
- [6] 韩彦峰,邹淑伟.外伤性脾破裂的超声诊断[J].柳州医学,2011,24(2):90-91.
- [7] 王燕.延迟性脾破裂的超声诊断价值[J].中国社区医师:医学专业,2011,21(4):142.

(收稿日期:2011-09-27)