

培养法比较试验后,基本上可知道所选择的试剂盒是否合格。

参考文献

[1] 熊立凡,刘玉成. 临床检验基础[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2008:32-36.
[2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:123-125.
[3] 余进,李若瑜. 医学真菌实验室常规检查方法[J]. 中华检

验医学杂志,2009,32(1):114-116.
[4] 吴绍熙,郭宁如,廖万清. 现代真菌病诊断治疗学[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1997:65-67.
[5] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:235-237.

(收稿日期:2010-08-22)

借助腹腔镜治疗脾创伤 5 例分析

王劲松,杨 强,陈太忠,周四海(重庆市第二人民医院普外科 402160)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜下有选择地保守治疗脾创伤。**方法** 对血循环稳定的 5 例脾脏损伤患者在腹腔镜下行止血修补及保守处理(1 例行止血修补,4 例行保守处理)。**结果** 5 例患者的治疗均获成功,住院 15~20 d,痊愈出院。术中回收腹腔内积血 700~1 500 mL 回输给患者。**结论** 腹腔镜下有选择地保守治疗脾创伤可更安全地保留脾脏,且创伤小、效果好。

【关键词】 脾/损伤; 脾/外科学; 腹腔镜检查; 保守治疗
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 02. 062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0227-01

自 1998 年以来,本科室在对疑有腹腔内脏器损伤且血循环稳定的患者行腹腔镜探查过程中,发现脾脏损伤 5 例,随即在腹腔镜下行止血修补及保守处理,均获得良好效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 5 例行腹腔镜探查术后发现脾损伤患者中,男 4 例,女 1 例,年龄 26~70 岁。5 例患者术中所见,1 例 34 岁男性脾脏中下份内侧裂口两条,4 cm 及 3 cm 各一,腹腔内积血 1 200 mL。其他 4 例患者发现网膜包裹脾脏,腹腔积血 700~1 500 mL 不等。

1.2 处理方法 对有脾脏裂口患者行联合电凝止血、明胶海绵凝凝血酶填塞和腹腔引流。其余 4 例患者行回收腹腔积血和腹腔引流。

2 结果

5 例患者治疗均获成功,住院 15~20 d,痊愈出院。术中回收腹腔积血 700~1 500 mL 回输给患者。

3 讨论

脾创伤的处理,传统治疗是开腹行脾切除术。随着对脾脏功能研究的进展,对脾功能的重要性日益受到重视,脾切除术主张在保证生命的前提下尽量采用保留脾功能的术式,如脾修补、脾部分切除等^[1]。由于脾脏质脆且血供丰富,即使在开腹情况下要顺利完成脾修补、脾部分切除等也有一定难度,并非易事。在临床实践中发现不少脾创伤患者由于血凝块阻塞或网膜粘连等原因,在入腹后脾脏出血实际上已经停止,这种情况在开腹手术时往往采用分离粘连、清除血凝块再行修补或部分切除等保脾手术,但在分离粘连、清除血凝块的过程中以及脾修补或脾部分切除的过程中,有时反而导致难以控制的出血而不得不放弃保脾手术。随着对脾脏的组织解剖和生理功能研究的进展,了解到脾脏内储存的大量血小板有利于血液凝固,能自行止血,脾脏浅表裂伤能自行修复愈合。国内外均有不少非手术治疗闭合性脾损伤的报告^[2]。但在对腹腔内情况不是非常清楚的情况下,仅凭临床症状和体征进行保守治疗,一方面太盲目,另一方面可能遗留病变导致严重后果。随着腹腔镜技术的发展,越来越多的学者主张对血循环稳定的腹腔内实质脏器破裂伤的患者可先行腹腔镜探查,了解损伤的情况以

便选择手术治疗的方案^[3]。对于出血不剧烈并且腹腔内没有其他需要手术处理的损伤患者,可以选择腹腔镜下用微创的方法修补止血。如果在腹腔镜下充分了解脾创伤情况及腹腔内出血情况,能确定出血已停止后再选择保守治疗,可避免因盲目保守治疗可能导致延误病情的风险。作者在腹腔镜下处理的第 1 例脾创伤患者,在明确诊断后,曾采取分开粘连的网膜,显露脾脏,清除裂口内血凝块,然后进行电凝止血、明胶填塞止血和明胶海绵加浸有凝血酶的填塞止血方法。虽然修补止血成功,但完成手术比较困难。于是对以后的血循环情况稳定的脾创伤患者在腹腔镜下探查时不再强行显露和探查脾脏,先回收腹腔内的积血回输给患者,然后观察,时间不少于 30 min,如无明显活动出血,可视为出血已停止。然后在左上腹置双套管引流结束手术,不再强行显露和探查脾脏。如有活动出血,再显露脾脏作相应处理或开腹手术。以此方法处理的 4 例脾创伤患者均获成功。患者腹腔引流管内 24 h 引流量 30~100 mL,24 h 后引流液已为血清样。在腹腔镜下处理的 5 例患者,术中分别回收腹腔内积血 700~1 500 mL,均回输给患者,无不良反应。术后按脾创伤保守治疗处理。患者术后卧床 10~14 d,住院 15~20 d,痊愈出院。出院前 B 超检查腹腔内无积液。因此作者认为,借助腹腔镜有选择地保守治疗脾创伤,不是因为大出血危及生命的脾创伤患者也是一种可选择的治疗方法,对保留脾脏创伤小、安全、效果好。即使腹腔引流管内提示有活动出血(本组没有这种情况),量不大时可行输血止血等保守治疗,也可再行腹腔镜止血或开腹手术。

参考文献

[1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,1992:1024-1025.
[2] 黎鳌,程天民,盛志勇,等. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996:791-795.
[3] 孙志宏,周伟平,胡冰,等. 经腹腔镜肝破裂修补术[J]. 中国实用外科杂志,1994,14(11):694.

(收稿日期:2010-07-30)