

# 简单器械下腹腔镜脾切除术 4 例报告

应福明 冯雪峰

( 浙江宁波大学医学院附属医院肝胆外科 , 宁波 315020 )

【摘要】 目的 探讨简单器械行腹腔镜脾切除术的临床应用价值。 方法 采用腹腔镜胆囊切除术的简单器械行腹腔镜脾切除术 4 例。右斜卧位 , 电凝钩分离脾周韧带 , 逐支分离脾蒂血管分支 , 可吸收血管夹夹闭离断 , 其中 1 例 7 号丝线结扎脾蒂。 结果 3 例顺利完成手术 , 1 例脾肿大脾上叶静脉粗大上夹时撕裂出血而中转开腹手术。 结论 简单器械下行腹腔镜脾切除术在非门脉高压脾切除术中是可行的。

【关键词】 腹腔镜 ; 脾切除术

中图分类号 R657.6

文献标识 D

文章编号 1009-6604(2005)01-0058-02

腹腔镜脾切除术具有一定的难度与风险 , 通常需要借助超声刀、腔内切割吻合器( Endo - GIA )来完成。2000 年 5 月 ~ 2002 年 3 月 , 我们应用常规腹腔镜胆囊切除术的简单器械施行腹腔镜脾切除术 4 例 , 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 4 例 , 均为女性 , 年龄 15 ~ 46 岁 , 平均 30 岁。多发性脾囊肿 2 例 , CT 提示脾脏多发囊肿弥漫分布 , 正常脾实质少 ; 特发性血小板减少性紫癜 1 例 , 反复皮肤瘀斑 10 年 , 血小板  $20 \times 10^9/L$  左右 , 长期激素治疗效果不明显 ; 肝炎后肝硬化伴脾肿大脾功能亢进 1 例 , 血常规白细胞  $3.0 \times 10^9/L$  , 血红蛋白 82 g/L , 血小板  $20 \times 10^9/L$  , 肝功能 Child A 级 , 胃镜未见食管胃底静脉曲张 , CT 提示脾肿大达 9 个肋单元 , 经术前输血纠正贫血后行脾切除术。

### 1.2 方法

手术器械采用腹腔镜胆囊切除术的常规器械 , 不用超声刀和 Endo - GIA。全麻下 , 病人左季肋部垫高 30° 手术床右倾 30° 卧位。脐缘 10 mm 戳孔 A 为腹腔镜观察孔 , 左锁骨中线肋缘下 10 mm 戳孔 B 为主操作孔 , 剑突下 5 mm C 孔和左腋前线肋缘下 5 mm D 孔为辅助操作孔。A 孔穿刺建立气腹置入腹腔镜后 , 手术床改为头高足低、右倾 30° 位。手术操作紧贴脾脏施行 , 电钩从脾下极开始离断脾结肠韧带和下半部脾肾韧带。分离脾胃韧带 , 胃短血管上钛夹离断。处理脾蒂 2 种方法 : 1 例脾蒂长 , 分离钳

游离脾蒂 , 导入 7 号丝线 , 腔内打结法双重结扎 , 远端钛夹夹闭 , 离断后脾蒂近端钛夹加强 ; 另 3 例贴近脾门逐一分离出脾蒂的分支动静脉 , 即脾下叶、脾上叶动静脉 , 分别用可吸收血管夹( 强生 PDS 夹 ) 夹闭离断。最后电钩离断上部脾肾韧带和脾膈韧带 , 脾脏装入塑料袋剪碎取出。

## 2 结果

3 例顺利完成 , 手术时间分别为 280、180 和 140 min , 术中出血 50 ~ 100 ml , 无术中输血 , 术后恢复顺利 , 无并发症发生 , 术后 5 ~ 7 d 出院。另 1 例肝硬化脾肿大脾功能亢进 , 已基本完成脾周韧带和脾蒂分支血管的游离 , 最后在用可吸收夹夹闭脾上叶静脉撤出钛夹钳时撕裂静脉出血而中转开腹治愈 , 术后 12 d 出院 , 脾亢缓解。特发性血小板减少性紫癜患者术后 5 d 血小板升至  $80 \times 10^9/L$  , 随访 18 个月 , 血小板维持在  $(80 \sim 100) \times 10^9/L$ 。

## 3 讨论

脾脏位于左上腹深部 , 质软而脆 , 血管丰富 , 因此 , 腹腔镜脾切除术具有一定的操作难度和风险 , 未能普遍开展。脾周韧带和脾蒂的分离处理是该手术的难点所在 , 并常依赖超声刀、Endo - GIA 等器械<sup>[1]</sup> , 费用昂贵。根据开腹手术和本组 4 例的经验 , 非门脉高压病例的脾脏其脾周韧带往往薄层 , 含血管少 , 胃短血管仅 3 ~ 4 支 , 采用电钩和钛夹分离脾周韧带便捷可靠 , 只在脾周韧带肥厚的病例需依赖超声刀。Endo - GIA 处理脾蒂是一种集束钉合的

方法,类似于开腹手术的大块集束结扎,并且有时钉合不全出血<sup>[2]</sup>。二级脾蒂离断法是更可取的方法。由于腹腔镜的放大作用,镜下能容易地识别游离脾叶血管(二级脾蒂),并可进一步分离出脾上、下叶动脉和静脉,适合钛夹夹闭。另外,对脾蒂长、易于游离的病例,采用丝线结扎也是处理脾蒂的可选办法。Endo-GIA 可在上述方法困难或出血时应用。

我们体会采用电钩钛夹等简单器械行腹腔镜脾切除术是可行的,在不具备超声刀和 Endo-GIA 的情况下,也能开展腹腔镜脾切除术,尤其是非门脉高压性脾切除。但要提高手术成功率,操作过程应注意几点:①选择合适的体位。右斜卧位术野显露良好,方便手术操作,是值得推荐选用的体位<sup>[3]</sup>。②轻柔操作,避免损伤脾实质和脾周血管。③游离脾

脏宜靠近脾侧从下极向上极逐步分离,步步为营。脾肾韧带上部和脾膈韧带留待最后离断。④夹闭血管选用可吸收血管夹可靠。血管夹前端上扣,不易滑脱。

## 参考文献

- 1 曹利平,阙日升,吴峥嵘.腹腔镜脾切除术中的操作与显露.中国微创外科杂志 2002,2(增刊):S51-S52.
- 2 谭敏,吴志棉,迁羲彦,等.腹腔镜技术在脾脏切除术中的应用.中华外科杂志 2001,39:599-601.
- 3 彭淑牖,彭承宏,陈力,等.避免损伤胰尾的巨脾切除术——二级脾蒂离断法.中国实用外科杂志 1999,19:758-759.

(收稿日期 2003-05-26)

(修回日期 2003-08-04)