

· 短篇论著 ·

腹腔镜巨脾切除术 9 例报告

余 春 毛兴龙 林水泉 徐天生 曾雪云 王李华

(浙江省衢州市人民医院普外科, 衢州 324000)

中图分类号: R657.6

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2011)05-0433-02

随着外科观念的改变和腹腔镜技术的成熟与完善,腹腔镜脾脏切除术已逐渐成为外科常规治疗术式。因门脉高压症巨脾、脾功能亢进造成全血减少,脾周围血管增粗、扭曲、数量增多,同时巨脾造成了手术视野狭窄,手术风险明显增加,在腹腔镜下手术操作较困难。因此,常被视为腹腔镜脾切除术相对禁忌证。我院 2009 年 3 月~2010 年 7 月成功开展完全腹腔镜巨脾切除术 9 例,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 9 例,男 7 例,女 2 例。年龄 34~60 岁,平均 42.3 岁。均有不同程度腹胀、纳差、乏力表现,3 例有呕血史,1 例有反复黑便史。乙型肝炎后肝硬化 4 例,血吸虫病肝硬化 3 例,混合性肝硬化 2 例。均有脾肿大和脾功能亢进。术前彩超和 CT 检查示脾长径 23~27 cm。3 例少量腹水。白细胞计数 $(1.1 \sim 4.2) \times 10^9/L$,平均 $2.96 \times 10^9/L$;血红蛋白 82~102 g/L,平均 89.3 g/L;红细胞压积 0.26~0.32,平均 0.29;血小板计数 $(15 \sim 84) \times 10^9/L$,平均 $41.9 \times 10^9/L$ 。肝功能 Child 分级 A 级 4 例, B 级 5 例。

病例选择标准^[1]:①临床诊断明确,有脾肿大脾功能亢进,脾脏长径 ≥ 20 cm,肝功能 Child A 或 B 级;②能耐受手术和全麻,无手术禁忌证;③无左上腹手术史。

1.2 手术方法

术前予以保肝、补充维生素 K₁ 等治疗。常规留置导尿、术中插胃管避免胃膨胀妨碍手术显露或在处理胃短血管时损伤胃壁。3 例血小板低于 $50 \times 10^9/L$,术前 2 h 输血小板 10~20 U。气管插管全身麻醉,头侧抬高 10°~30°,右侧倾斜 30°~45°。术者站在患者双下肢之间,助手站在患者两侧。在脐

上、剑突下、左锁骨中线肋缘下 5 cm 及左腋前线肋缘下分别做 10、5、5 及 12 mm 穿刺口,穿刺的位置根据脾脏大小调节,气腹以 13~15 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa) 为宜。腹腔镜进入腹腔常规探查,先以超声刀切开脾结肠韧带和部分脾胃韧带,在胰腺上缘找到脾动脉,用 7 号丝线单独结扎后再钛夹夹闭。使脾血回输,脾脏体积变小,色泽变暗,表面张力降低。从内侧游离胃脾韧带,超声刀切断胃短血管,将胃底与脾脏完全游离。遇血管直径 ≥ 3 mm,游离并置钛夹后切断。用超声刀切断脾结肠韧带、脾肾韧带和脾膈韧带,切断脾脏后外侧腹膜后的附着组织。最后处理脾蒂,用 45 mm 内镜直线切割闭合器(Endo-GIA)切闭脾蒂血管,切除脾脏。将游离的脾脏放入标本袋暂置于盆腔,手术结束时在上腹部做 4~5 cm 小切口,在标本袋内将脾剪碎后取出。有上消化道出血史 4 例继续行贲门周围血管离断术,用超声刀把贲门周围及食管下段 5 cm 范围血管离断。最后检查脾床无渗血,脾窝处放置引流管自左腋前线穿刺孔引出,缝合小切口。

2 结果

9 例均顺利完成手术,无中转开腹。手术时间 150~260 min,平均 200 min。术中失血 150~500 ml,平均 310 ml。术后 24 h 拔除胃管恢复流质饮食,术后 1~4 d 肛门恢复排气。3 例术后 2~4 d 腹腔引流管引流出腹水 400~600 ml/d,彩超检查大量腹水,予以拔管并缝闭引流管口,低盐饮食,补充血浆及白蛋白、使用利尿剂等治疗后,术后 10 d 彩超复查腹水基本消失;3 例术后发热,37.8~39 °C,胸部 X 线片见胸腔积液,彩超排除脾窝积液和脾静脉血栓形成,经对症处理,术后 5 d 恢复正常;1 例术后 3 d 呕血 300 ml,伴黑便 800 g,经急诊胃镜检查诊断应激性溃疡伴出血,予以纠正全身情况,补液、输血、

恢复和维持足够的血容量,应用止血药,另外静脉给予奥美拉唑抑制胃酸分泌,6 周后复查胃镜溃疡明显缩小。外周血白细胞、血小板都在术后 1 周内恢复正常,5 例术后 1 周血小板计数升高至 $(468 \sim 557) \times 10^9/L$,给予肠溶阿司匹林口服治疗,8 周后控制。全组 9 例术后随访 4~20 个月,平均 13.4 月,腹胀、纳差、乏力症状明显改善,脾功能亢进纠正,白细胞、血红蛋白及血小板恢复正常。全组无死亡,无胰漏、脾静脉血栓形成、肝衰竭发生。

3 讨论

脾脏切除是治疗巨脾、脾功能亢进的手术方式之一。腹腔镜脾切除与开腹脾切除相对机体免疫及细胞因子水平影响较小,并且具有明显的微创手术优点^[2],患者创伤小,出血少,术后康复快^[3]。通常把脾脏长径 ≥ 20 cm 或质量 > 1000 g 的脾脏称为巨脾^[4]。我们认为对于巨脾完全腹腔镜下切除技术上是可行的,体会是:①术前应充分准备,合理选择患者,左上腹部手术史、明显的脾周围炎、肝功能 Child C 级患者都属于禁忌。要求心肺功能良好,能耐受手术和麻醉。②重视围手术期处理:手术前应改善肝功能,部分患者术前输血小板,备足血液制品如血浆、冷沉淀等。术前放置胃管,可以吸出胃内容物,减少胃所占空间,改善暴露。由于巨脾切除后可能引起胃肠道运动的减弱,并有出血、穿孔等的风险,胃管的放置有利于患者胃肠道功能的恢复,减少手术后并发症的发生率。本组术后 24 h 拔除胃管恢复流质饮食,术后 1~4 d 肛门恢复排气,无胃肠损伤、穿孔。术中、术后将血压调控到合理范围,减少创面大出血的发生率。针对术后腹水的处理,注意低盐饮食、补充血浆及白蛋白、利尿等治疗,本组 3 例术后大量腹水,经治疗后腹水基本消失。③腹腔镜巨脾切除前尽量常规结扎脾动脉,由于巨脾者其脾动脉多显著增粗,往往突起于胰腺上缘,在多数腹腔镜巨脾切除病例中暴露胰腺上方的脾动脉并不困难,分离时从下到上,不易分破下方脾静脉,予以 7 号丝线单独结扎并钛夹夹闭。一方面促脾血回输,使脾体积缩小便于操作,也减少切断门脉高压脾周围韧带侧支循环的渗血^[5],降低了术中大出血的危险性,同时也减少脾血的丢失,手术医师可以从容不迫地进行分离,从而保证手术成功;另一方面能避免 Endo-GIA 切割脾蒂后可能发生的动静脉瘘^[6]。术前应用脾动脉栓塞术可使脾脏体积缩小,以减少术中出血,但脾动脉栓塞可引起腹痛、并发其他脏器

栓塞的可能性,故不宜常规采用。④在分离、显露脾蒂血管时使用超声刀,靠近脾脏切断脾脏各韧带,不易造成脾蒂血管损伤,可以避免大出血;切忌用抓钳直接钳夹脾脏或应用暴力或电刀电凝出血处。本组平均失血 310 ml。⑤处理脾蒂时最好使用 Endo-GIA,这样不仅可以节约时间,并且增加手术的安全性。本组 6 例脾门血管属分支型,先用超声刀分离脾上下极部分分支,然后用 45 mm 内镜直线切割闭合器(Endo-GIA)切闭脾门血管;3 例中央型脾门血管,直接用 Endo-GIA 断脾蒂。需要注意的是游离脾蒂后,经前下方已游离的径路插入 Endo-GIA,其长度应尽量超过脾蒂宽度,争取一次完成脾蒂结构的闭合切割,击发前尽量游离脾蒂周围结缔组织,充分利用钉仓的长度,有效闭合切割脾蒂血管。对于较宽的脾蒂,可分次闭合切割。切忌使用 Endo-GIA 闭合脾蒂前在脾蒂周围用钛夹止血,以避免闭合不全造成大出血或胰尾损伤。本组无术中大出血、胰漏,脾热发生率低。

肝硬化门静脉高压症患者大多一般情况较差,理论上更适于选择微创手术以减少手术创伤和术后并发症。腹腔镜手术切口小、创伤小,出现伤口并发症的机会相对较少。对有传染性疾病的患者,腹腔镜巨脾切除术可减少手术人员被感染的机会。通过本组手术实践,我们认为腹腔镜巨脾切除术具有微创外科的特点和优势,进一步拓宽了腹腔镜手术领域,是安全可行、可供选择的巨脾切除方式,随着经验的积累和器械的发展,具有更广阔的应用前景。

参考文献

- 1 洪德飞,郑雪咏,严力锋,等.免切割闭合器完全腹腔镜巨脾切除联合贲门周围血管离断术.中国微创外科杂志,2008,8:21-23.
- 2 冯泽荣,贺孝文,廖 轲.手助腹腔镜与开腹脾切除加门奇断流术对机体免疫功能和创伤反应影响临床研究.中国内镜杂志,2003,9(7):39-41.
- 3 张雪峰,金红旭,李 谨,等.手助腹腔镜与开腹脾切除断流术的临床对比研究.腹腔镜外科杂志,2007,12(4):276-278.
- 4 Smith L, Luna G, Mera AR, et al. Laparoscopic splenectomy for treatment of splenomegaly. Am J Surg, 2004, 187: 618-620.
- 5 李索林,左长增,于增文,等.内结扎法腹腔镜巨脾切除联合选择性贲门周围血管离断术.中国微创外科杂志,2007,7:20-22.
- 6 Richard T. Laparoscopic splenectomy. Arch Surg, 1999, 134: 99-103.

(收稿日期:2010-09-28)

(修回日期:2010-12-08)

(责任编辑:王惠群)