

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.15.025

文章编号: 1005-8982 (2019) 15-0120-03

## 腹腔镜脾部分切除术治疗脾脏占位性病变的临床效果及预后观察

王树鹏, 管清春, 王守乾, 杨阳, 刘松阳

(吉林大学白求恩第一医院 肝胆胰外二科, 吉林 长春 130021)

**摘要:**目的 探讨腹腔镜脾部分切除术对治疗脾脏良性病变的临床效果及预后观察。方法 选取2015年5月—2018年9月吉林大学白求恩第一医院通过CT等影像学检查诊断为脾脏占位性病变的14例患者的临床资料进行回顾性分析。结果 14例患者均成功行腹腔镜脾部分切除术,无一例中转。术中出血10~800 ml,平均出血量为120 ml,手术时间60~155 min,平均103.93 min,手术过程均顺利完成,无周围脏器损伤,术后观察无胰漏、出血、血栓形成、腹腔积液、腹腔感染、脾脏缺血性梗死等并发症,顺利出院。患者术后14例病理回示:脾脏假性囊肿3例,脾表皮样囊肿2例,脾脏硬化性血管瘤样结节性转化2例,脾脏海绵状淋巴管瘤2例,脾血管瘤1例,脾错构瘤1例,脾脏囊性淋巴管瘤1例,脾囊肿2例。平均住院费用为42 267.54元,术后随访1个月~3年,未发现肿块复发,血小板数值明显升高。结论 通过14例腹腔镜脾部分切除患者临床预后可知,充分掌握脾部分切除手术指征及脾蒂结构分级特点,认真细致操作,腹腔镜脾部分切除术完全可以临床推广,术后预后值得肯定。

**关键词:** 脾疾病;腹腔镜;脾切除术

**中图分类号:** R657.6

**文献标识码:** B

脾脏是人体非常重要的免疫器官,对机体免疫平衡的稳定有重要意义。近年来,越来越多的研究证明行全脾切除术,术后机体特异性及非特异性免疫存在一定程度的下降,术后出现感染的概率增大。因此,对脾脏良性病变行脾部分切除术作为一种保脾手术方式,在临床工作中也越来越普遍。随着腹腔镜技术的普及,行腹腔镜脾部分切除术具有术后恢复快、创伤小等特点,同时临床恢复效果也值得肯定。本文回顾性分析行腹腔镜脾部分切除术患者的术后临床恢复情况及预后效果。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选取2015年5月—2018年8月吉林大学白求恩第一医院脾脏良性占位性病变患者14例,并成功行腹腔镜脾部分切除术。其中,男性7例,女性7例;年龄18~64岁,平均27.01岁。14例患者术前行全腹

CT明确脾脏病变大小、位置及与周围脏器的关系,肿块体积在2~13 cm<sup>3</sup>,术前肿瘤标志物及术前血常规中血小板均正常。

#### 1.2 方法

14例患者均全身麻醉气管插管,仰卧位,双下肢劈开呈大字样,头高足低,右侧卧位倾斜约30~45°,术前均留置尿管及胃管,术者位于患者右侧,扶镜助手位于患者两腿之间。以脐下缘建立气腹,气腹压约10~14 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),探视腹腔观察脾脏肿块位置、大小及与周围脏器的关系。然后与左锁骨中线平脐,右侧肋弓下缘、剑突下建立Trocar。手术步骤:以电刀打开胃结肠韧带及脾胃韧带于胰腺上缘寻找脾动脉,并留置阻断带,以防止术中突发大出血。然后根据肿物位置,分离出相应的脾脏血管分级,并给予结扎阻断,相应脾脏会出现缺血变黑,出现一条分界线,然后沿着该分界线切除相应缺血脾脏,使用可吸收血管夹夹闭所遇大血管,超声

刀凝闭较小血管, 离断脾脏病灶, 断面给予间断缝合, 同时断面应再次检查有无出血并敷以止血敷料, 然后扩大左锁骨中线平脐切口, 取出病变脾脏。再次检查无出血点后, 于脾脏创面周围常规留置 1 枚引流管, 于左侧平脐 Trocar 处引出固定。

## 2 结果

14 例患者术中无 1 例中转, 术后观察无 1 例发生出血、膈下感染、脾脏缺血梗死、胰漏、血栓形成、周围脏器损伤、术后感染等并发症。14 例患者中行脾上极切除 6 例, 行脾中段前缘切除 3 例, 行脾下极切除 5 例。见表 1。

表 1 14 例腹腔镜下脾部分切除患者临床资料

姓名	性别	年龄	位置	手术时间/min	术中出血量/ml	住院花销/元	病理	术后 1 个月复查血小板	肿块大小/cm
患者 1	男	23	脾下极	120	15	42 287.85	脾脏海绵状淋巴管瘤	未升高	4.0
患者 2	男	56	脾上极	140	200	49 758.43	脾脏硬化性血管瘤样结节性转化	未升高	5.0
患者 3	男	36	脾下极	115	20	41 693.86	脾错构瘤	未升高	3.0
患者 4	女	16	脾上极	100	100	33 000.67	脾脏假性囊肿	未升高	6.8
患者 5	女	28	脾下极	60	20	48 150.62	脾囊肿	未升高	7.0
患者 6	女	24	脾下极	120	10	44 388.23	脾脏囊性淋巴管瘤	未升高	5.7
患者 7	男	17	脾中断前缘	60	30	36 023.87	脾表皮样囊肿	未升高	7.0
患者 8	男	24	脾中断前缘	90	800	34 115.12	脾脏假性囊肿	未升高	11.9
患者 9	男	14	脾上极	70	20	40 997.35	脾囊肿	未升高	13.5
患者 10	女	38	脾上极	100	25	33 873.52	脾脏海绵状淋巴管瘤	未升高	6.0
患者 11	女	30	脾上极	115	300	56 524.98	脾表皮样囊肿	未升高	8.0
患者 12	女	19	脾前缘	155	50	37 264.24	脾血管瘤	未升高	6.0
患者 13	女	23	脾上极	80	40	41 191.73	脾脏假性囊肿	未升高	5.0
患者 14	男	31	脾下极	130	50	52 481.35	脾脏硬化性血管瘤样结节性转化	未升高	4.3

## 3 讨论

脾脏是人体重要的免疫器官, 在机体对抗感染、肿瘤、一般免疫方面都发挥着重要作用。既往由于对脾脏管道系统研究的缺乏, 对脾脏良性占位性病变行全脾切除, 术后出现血小板升高、脾静脉血栓形成、其他部位血栓形成、术后凶险性感染等并发症<sup>[1]</sup>, 严重时危及生命, 因此对脾部分切除, 保留脾脏部分功能的呼声越来越高。POULIN 等<sup>[2]</sup>报道世界第 1 例腹腔镜脾部分切除术, 随后腹腔镜脾部分切除术逐渐得到推广。行脾部分切除术, 首先脾脏节段性供血是腹腔镜脾部分切除的解剖学基础。LIU 等<sup>[3]</sup>报道研究 850 例脾脏标本中分别有 86.0% 的标本存在 2 个脾叶动脉分支, 12.2% 的标本存在 3 个脾叶动脉分支。同时研究证实脾叶动脉血管大体上又可以分为 4 种类型: 1 支型、2 支型、3 支型及多支型, 其中 2 和 3 支分型约占脾血管分支类型的 95% 左右, 而且相邻脾脏血管分支之间吻合支很

少, 相对形成无血管区<sup>[4]</sup>。因此根据脾血管供应特点来看, 可以将脾脏化分为 2、3 叶、上极段和下极段<sup>[5]</sup>。因此根据脾脏血管供应特点, 在精细解剖下行二级脾蒂血管选择性阻断, 造成脾脏缺血灶是脾脏部分切除的解剖学基础<sup>[5]</sup>。

VILLEON 等<sup>[6]</sup>报道脾脏良性病变如: 非寄生虫性脾囊肿、脾脏血管瘤、部分脾脏外伤、遗传球形红细胞增多症等血液系统疾病是行腹腔镜脾部分切除术的手术适应证, 术后临床随访预后良好。本文报道 14 例患者行腹腔镜脾部分切除术, 其中脾脏假性囊肿 3 例, 脾表皮样囊肿 2 例, 脾脏硬化性血管瘤样结节性转化 2 例, 脾脏海绵状淋巴管瘤 2 例, 脾血管瘤 1 例, 1 例脾错构瘤, 脾脏囊性淋巴管瘤 1 例, 脾囊肿 2 例。同时本文 14 例患者中术后恢复顺利, 无胰漏、膈下积液、周围脏器损伤、血栓形成、出血、继发脾梗死等并发症, 因此, 对位于脾脏上下极或非中心型及远离脾门的良

性占位性病变可以行腹腔镜脾部分切除术,同时其预后值得肯定。同时行脾脏部分切除术时只要保留原脾脏体积的 1/3 即可弥补脾脏正常功能<sup>[7]</sup>。因此术前需要初步估计脾脏肿块体积大小,以及剩余脾脏占原脾脏的体积。有文献报告<sup>[8]</sup>,因剩余脾脏体积不足,而放弃行腹腔镜脾部分切除术,因此术前 CT 初步明确脾脏肿块大小、位置及脾脏剩余体积有一定意义。

成功实施腹腔镜脾部分切除关键在于术中精细分离脾二级脾蒂血管,同时术中应避免过度游离脾周韧带,注意观察残脾的血供情况,以防止术后残脾发生缺血性梗死。特别需要注意在处理脾脏上极肿物时需要注意胃短血管,应将胃短血管进行离断,否则会增加出血等风险<sup>[9]</sup>。

总之,对位于脾脏上下极及非中心型或者远离脾门型的脾脏良性占位行腹腔镜脾部分切除术在临床预后效果是值得肯定的,其不但保留了脾脏功能,而且术后恢复快、创伤小、安全、有效。

#### 参 考 文 献:

[1] 李永彬,蔡云强,王昕,等.选择性脾蒂阻断在腹腔镜脾脏-部

分切除术中的应用[J].中华普通外科杂志,2017,32(2):122-125.

[2] POULIN E C, THIBAUT C, DESCÔTEAUX J C, et al. Partial laparoscopic splenectomy for tumor: technique and case report[J]. Laparoscopic Endosc, 1995, 5(4): 306-310.

[3] LIU D L, XIA S, XU W, et al. Anatomy of vasculature of 850 spleen specimens and its application in partial splenectomy[J]. Surgery, 1996, 119(1): 27-33.

[4] ZHENG C H, XU M, HUANG C M, et al. Anatomy and influence of the splenic artery in laparoscopic spleen-preserving splenic lymphadenectomy[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21: 8389-8397.

[5] 张威,刘松阳,刘凯,等.区域结扎二级脾蒂腹腔镜下脾脏部分切除术[J].中华普通外科杂志,2015(7):576-577.

[6] de la VILLEON B, ZARZAVADJIAN L B A, VUARNESSEON H, et al. Laparoscopic partial splenectomy: a technical tip[J]. Surg Endosc, 2015, 29(1): 94-99.

[7] SINDEL M, SARIKIOGLU L, CEKEN K, et al. The importance of the anatomy of the splenic artery and its branches in splenic artery embolisation[J]. Folia Morphol (Warsz), 2001, 60: 333-336.

[8] 汤晓东,刘双海,陈达伟,等.腹腔镜脾脏部分切除术 13 例[J].中华肝胆外科杂志,2016(9):623-625.

[9] 潘飞,郎韧,俞亮,等.腹腔镜脾脏部分切除术(附八例报告)[J].腹部外科,2015(6):415-418.

(张西倩 编辑)