

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2020.21.019

文章编号: 1005-8982(2020)21-0092-03

腹腔镜下改良脾切除术治疗脾脏疾病的疗效分析

罗宇峰, 张耀明, 周臻涛, 邓国明, 吴涌宏

(梅州市人民医院 肝胆外二科, 广东 梅州 514031)

摘要:目的 探讨腹腔镜下改良脾切除术在脾脏疾病治疗中的安全性和可行性。方法 回顾性分析2015年1月—2018年7月在梅州市人民医院行腹腔镜下改良脾切除术患者的临床资料。观察手术时间、术中出血量、术后达到出院标准的时间等。结果 13例患者均成功完成腹腔镜下改良脾切除术, 无中转开腹。手术时间为135.00(77.50, 155.00) min, 术中出血量为(126.92±153.64) ml, 术后达到出院标准的时间为8.00(6.50, 9.00) d, 术后无严重并发症发生。结论 腹腔镜下改良脾切除术是治疗脾脏疾病安全、可行的微创手段。

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

DELAITRE等^[1]在1991年首先报道第1例腹腔镜下脾切除术。随着外科水平的提高和腹腔镜外科器械的不断优化, 特别是直线切割闭合器的运用, 腹腔镜脾切除手术步骤进一步简化, 手术时间显著缩短。梅州市人民医院肝胆外科自2015年以来成功完成13例腹腔镜下改良脾切除术, 效果良好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年1月—2018年7月本院接受腹腔镜下改良脾切除术患者13例。其中, 男性4例, 女性9例; 年龄18~74岁, 平均(40.08±17.64)岁; 特发性血小板减少性紫癜5例, 脾囊肿3例, 脾血管瘤2例, 脾脓肿1例, 脾囊性淋巴管瘤1例, 脾转移瘤1例; 所有患者术前行腹部CT平扫+增强+CTA检查, 肝功能Child分级为A级; 实验室检查: 白细胞(8.65±2.95)×10⁹/L, 血小板(138.38±87.13)×10⁹/L, 血红蛋白(134.62±17.36)g/L。

1.2 手术方法

1.2.1 体位和 Trocar 布置 麻醉成功后患者仰卧呈人字位, 头高足低右倾30°, 左肩膀垫高。气腹压力维持在12 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。脐下1 cm放置1.0 cm Trocar作为观察孔。主刀医生位于患者右侧,

在脐部右上方5 cm置入1.2 cm Trocar作为主操作孔, 剑突下1 cm置入0.5 cm Trocar作为副操作孔。助手位于患者左侧, 助手辅助操作孔选择左锁骨中线平脐水平线及左腋前线脾下极下方2 cm, 分别放置1.2 cm、0.5 cm Trocar, 患者两腿间为扶镜手站立位置。

1.2.2 手术过程 胃网膜血管弓外切断左侧胃结肠韧带、胃脾韧带下部, 先以双极电凝预处理、再以超声刀切断, 防止断面出血。显露网膜囊, 可见胰体尾上方搏动的脾动脉, 分离脾动脉以7 F丝线结扎(见图1)。稍远端用可吸收夹夹闭, 挤压脾脏, 促进脾血回流, 使脾脏缩小。沿脾蒂下极和胰尾下方离断脾结肠韧带、脾膈韧带, 充分显露脾脏下方及后外侧, 建立脾蒂下方隧道(见图2)。脾蒂上方与胃脾韧带无血管区切开系膜, 与脾脏后方贯通, 建立脾蒂上方隧道(见图3)。脾蒂上下隧道贯通后, 隧道内引入1根7 F丝线, 结扎悬吊脾蒂(见图4), 以切割闭合器切断脾蒂(见图5)。最后离断胃脾韧带及脾膈韧带上部, 先以双极电凝预处理、再以超声刀切断, 完整切除脾脏。冲洗腹腔、创面仔细止血。将切除脾脏装入标本袋, 扩大左锁骨中线平脐水平线切口至3 cm, 完整取出切除的脾脏。再次以温生理盐水冲洗腹腔、检查各创面无出血。左膈下放置1根引流管, 从左锁骨中线平脐水平线穿刺孔引出固定。

收稿日期: 2019-12-14

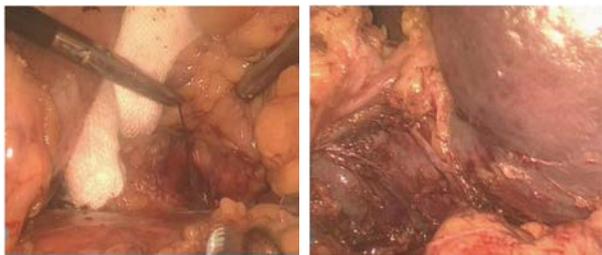


图 1 结扎脾动脉



图 2 建立脾蒂下方隧道



图 3 建立脾蒂上方隧道



图 4 结扎悬吊脾蒂



图 5 切割闭合器切断脾蒂

1.3 术后随访

术后 1 个月开始随访, 随访内容包括血常规、凝血功能、肝功能、肝胆彩超、增强 MRI 或 CT, 恶性疾病患者检查增加肿瘤指标。

1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 22.0 统计软件。正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 偏态分布的计量资料以中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示。

2 结果

13 例患者均顺利施行腹腔镜下改良脾切除术, 无中转开腹。手术时间为 135.00 (77.50, 155.00) min, 术中出血量为 (126.92 \pm 153.64) ml, 术后 1 ~ 3 d 恢复流质饮食, 术后 2 ~ 3 d 均能下床活动, 术后达到出院标准的时间为 8.00 (6.50, 9.00) d。术后 2 例患者出现门静脉血栓, 经抗凝治疗 6 个月后痊愈; 1 例出现肺部感染, 术后治疗 7 d 后痊愈; 其余患者未出现并发症, 恢复良好。随访至半年所有患者的血小板恢复正常, 无死亡。

3 讨论

脾脏位于腹腔的深部, 传统开腹手术切脾时切口往往较大, 给患者的生理和心理都带来很大创伤, 而腹腔镜脾切除术在这方面有显著的优势。腹腔镜脾切除术的适应证主要有: ①脾肿瘤 (脾囊肿、淋巴管瘤、血管瘤、脾转移性肿瘤等); ②脾功能亢进 (肝硬化门脉高压、慢性疟疾、Gaucher 病、骨髓纤维化等); ③血液系统疾病 (自身免疫性溶血性贫血、遗传性椭圆形红细胞增多症、遗传性球形红细胞增多症、特发性血小板减少性紫癜、恶性淋巴瘤等); ④其他 (脾动脉瘤、脾脓肿、游走脾等)。随着腹腔镜外科水平的不断提高, 腹腔镜脾切除术的适应证不断放宽, 目前已成为治疗正常和中等大小病理脾脏、血液系统疾病的标准术式^[2-4]。但由于脾脏疾病患者往往存在血小板减少, 脾脏周围的侧枝循环大量开放, 术区视野狭小, 术中容易出现难于控制的大出血, 增加手术风险, 因此限制这种术式的大规模普及。针对腹腔镜脾切除术中脾动脉的处理、脾门处理、预防术中出血这些难点^[5]一直是大家讨论的热点话题。而腹腔镜下改良脾切除术为解决这些难点提供了一种新思路、新方法。王连臣等^[6]研究发现, 位于胃短动脉下方的胃胃韧带是一层通透菲薄的腹膜, 无血管经过, 在该处可以安全、简便地打开小网膜囊, 无出血风险, 是很好的腹腔镜下脾切除入路。腹腔镜下改良脾切除术利用脾蒂上极与胃脾韧带无血管区, 脾蒂下极和胰尾下方无血管区, 加上腹腔镜放大的效应^[7], 建立脾蒂上、下方隧道, 使用直线切割闭合器安全切除脾脏。这种方法与不建立隧道直接使用切割闭合器离断脾蒂或者脾蒂血管逐支结扎的二级脾蒂脾离断法相比, 简化手术流程, 显著缩短手术时间, 降低术中出血风险^[8]。

腹腔镜下改良脾切除术技术要点为: ①寻找并结扎脾动脉。切断左侧胃结肠韧带、胃脾韧带充分暴露胰腺上缘, 分离胰脾系膜显露出脾动脉予以结扎, 使脾脏缩小, 利于之后的手术操作。处理脾动脉是整个腹腔镜脾切除术中关键的一步, 成功结扎脾动脉可显著降低手术风险^[9], 减少术中大出血导致中转开腹的概率。脾动脉普遍走行于胰腺体尾部上缘, 如术中辨认困难可先找到肝动脉再从肝动脉向脾门方向游离寻找脾动脉^[10]。另外利用术前腹部 CTA 结果也可判断脾动脉具体位置及走形。②建立脾蒂下方隧道。沿脾蒂下极和胰尾下方无血管区离断脾结肠韧带、脾膈韧带, 从下往上钝性分离, 充分显露脾脏下方及后外侧。

③建立脾蒂上方隧道。在脾蒂上方与胃脾韧带无血管区用超声刀切开系膜,使用金手指钝性分离与脾脏后方贯通。使用金手指是利用其头部为一个圆钝的半椭圆形,分离过程中可压、推、托,不容易损伤脾脏和周围组织,不容易造成出血^[11]。④结扎悬吊脾蒂。隧道内引入 1 根 7 F 丝线,结扎悬吊脾蒂。这样可充分显露空间确保切割闭合器一次性切断脾蒂,避免损伤胰尾及离断不全导致难以控制的大出血而被迫中转开腹。

综上所述,腹腔镜下改良脾切除术具有手术流程简化、术后康复快、术后并发症少的特点,符合外科快速康复理念,是一种安全、可行的微创手段,适用于各种脾脏疾病的治疗。

参 考 文 献:

- [1] DELAITRE B, MAIGENIEN B. Splenectomy by the laparoscopic approach: report of a case[J]. Presse Med, 1991, 20(44): 263.
- [2] MISIAKOS E P, BAGIAS G, LIAKAKOS T, et al. Laparoscopic splenectomy: current concepts[J]. World J Gastrointest Endosc, 2017, 9(9): 428-437.
- [3] TADA K, OHTA M, SAGA K, et al. Long-term outcomes of laparoscopic versus open splenectomy for immune thrombocytopenia[J]. Surg Today, 2018, 48(2): 180-185.
- [4] MORIS D, DIMITRIOU N, GRINIATSOS J. Laparoscopic splenectomy for benign hematological disorders in adults: a systematic review[J]. In Vivo, 2017, 31(3): 291-302.
- [5] 展翰翔, 胡三元. 腹腔镜脾切除术的要点与难点 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(8): 567-569.
- [6] 王连臣, 张光永, 胡三元. 脾血管解剖学研究及腹腔镜脾脏外科 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2008, 13(3): 266-268.
- [7] 何成, 刘作金. 脾下极入路脾蒂控制法在全腹腔镜脾切除术中的应用 [J]. 局解手术学杂志, 2017, 26(5): 330-333.
- [8] 王文静, 唐勇, 冯贤松, 等. 改良腹腔镜脾切除及贲门周围血管离断术的应用体会 [J]. 中华腹腔镜外科杂志(电子版), 2015, 8(2): 97-102.
- [9] 蒋国庆, 钱建军, 陈平, 等. 改良的完全腹腔镜下脾切除加贲门周围血管离断术手术经验 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2013, 25(6): 444-447.
- [10] 刘秀荃, 张新宇. 腹腔镜脾切除术的研究进展 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2018, 25(1): 113-117.
- [11] 蒋国庆, 陈平, 钱建军, 等. 金手指在改良腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术中的巧用 [J]. 国际外科学杂志, 2014, 41(11): 740-743.

(张西倩 编辑)

本文引用格式: 罗宇峰, 张耀明, 周臻涛, 等. 腹腔镜下改良脾切除术治疗脾脏疾病的疗效分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(21): 92-94.