



[DOI] 10.3969/j.issn.1005-6483.2019.07.017

<http://www.lcwkkz.com/CN/10.3969/j.issn.1005-6483.2019.07.017>

Journal of Clinical Surgery, 2019, 27(7):595-596

· 论著 ·

小切口行单纯巨脾切除术 13 例诊治体会

殷涛 魏若征 周颖珂 周伟 吴河水

[摘要] **目的** 探究小切口行单纯巨脾切除术的可行性及安全性。**方法** 回顾分析了 2016 年 4 月~2017 年 12 月我院完成的 13 例小切口行单纯巨脾切除术病人的临床资料。**结果** 13 例病人平均脾切除手术时间 40 分钟,切口长度平均 10 cm,术中平均出血量 200 ml,术后平均住院时间 10.5 天。术后胰瘘、脾热、左侧胸腔积液各 2 例,其余均无脾切除相关的术后并发症,无手术死亡。**结论** 小切口行单纯巨脾切除术手术时间短、创伤小、安全可行,适用于多种脾脏疾病。

[关键词] 小切口; 脾切除术

Experience of simple splenectomy with mini-incision; a report of 13 cases YIN Tao, WEI Ruozheng, ZHOU Yingke, et al. (Department of Pancreatic Surgery, Union Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China)

[Abstract] **Objective** To evaluate the feasibility and safety of simple splenectomy with mini-incision. **Methods** It reviewed the perioperative outcomes of 13 patients who received simple splenectomy with mini-incision from April 2016 to December 2017. **Results** The average hours of splenectomy were 40 min. The average length of incision was 10 cm. The average amount of bleeding during operation was 200 ml and the average days of postoperative discharging were 10.5 d. 2 patients were with postoperative pancreatic fistula, 2 patients were with postoperative splenopyretic and 2 patients were with postoperative left pleural effusion. No complications or deaths directly resulted from the surgery happened in the rest patients. **Conclusion** Simple splenectomy with mini-incision is a new method of splenectomy with feature of less time consuming, minimal invasive, easy to popularize, safety and feasibility, which is suitable for various kinds of the spleen disease.

[Key words] mini-incision; splenectomy

巨脾是多种系统疾病的表现,往往会对机体产生一定的影响,很多情况下需行手术切除以缓解病情或明确病因。由于巨脾占据了较大的腹腔空间,同时血管的形变、增粗、脆性增强等不利因素叠加,增加了手术难度和风险。传统的巨型脾脏切除技术采取托出式巨脾切除术,大块集束结扎处理脾蒂,创伤大,易损伤胰尾,病人术后恢复慢,有一定的并发症发生率^[1]。近年来,我们实施经小切口行单纯巨脾切除术,结果表明,此手术方式创伤小,术后恢复快,技术上可行,不提高病人的并发症发生率。

对象与方法

一、对象

2016 年 4 月~2017 年 12 月共 13 例病人通过小切口行单纯巨脾切除术,其中男性 7 例,女性 6 例,年龄 22~64 岁,平均年龄 43 岁。本组病人多为血液系

统疾病病人,表现为不明原因脾脏肿大,因诊断或分型所需而行脾脏切除术。术前诊断:(1)血液系统疾病 9 例,其中非霍奇金淋巴瘤 3 例,霍奇金淋巴瘤 2 例,淋巴细胞白血病 2 例,粒细胞白血病 1 例,遗传性球形红细胞增多症 1 例;(2)单纯淤血性脾肿大 2 例;(3)肝硬化 2 例,主要表现为严重的血液系统三系减少,术前证实无胃底静脉曲张。

二、方法

术前常规留置导尿和胃肠减压,取仰卧位,可在左肋部后方置入垫背垫高以增加暴露,气管插管全麻。取左上腹经腹直肌切口,切皮前需仔细体检,定位脾门体表投影处行纵行切口。逐层切开皮肤、肌肉、腹膜层直达腹腔,暴露困难的病人可通过切口保护套扩张切口。超声刀沿胃大弯处打开胃结肠韧带,助手可通过压肠板牵拉脾脏,暴露脾门,解剖胰腺上缘找到脾动脉,双 7 号线结扎脾动脉(因空间限制脾动脉可暂不离断)。暂缓操作,待脾脏血液充分回流,脾脏缩小后继续手术。多数病人脾脏体积可在 20 分钟左右明显缩小。直视下离断脾胃韧带结扎胃短血管,进一步解

剖脾门,游离脾结肠韧带。待操作空间进一步增大后,沿脾门操作,钝性游离解剖脾门,结扎二级脾蒂,结扎离断脾动脉,脾静脉,最后游离脾脏和后腹膜之间的组织间隙以及脾膈韧带、脾肾韧带,取出脾脏。生理盐水冲洗腹腔,术毕前于脾窝处放置引流管 1 根。

结 果

本组 13 例病人均行小切口开腹单纯脾切除术,平均切口长度 10 cm,最小 8 cm,最大 12 cm。脾切除手术时间 30 ~ 50 分钟,平均 40 分钟,脾脏标本称重 1200 ~ 3300 g。平均 2250 g,术中平均失血 200 ml,所有病人均无术中大出血,均未输注外源性血制品。

所有病人术后第一天即可下床活动,进食流质食物。其中 2 例病人术后出现胰瘘,胰瘘量每天约 100 ml 左右,均经通畅引流、营养支持后治愈,无腹腔内再出血、胃瘘、肠瘘、切口感染等并发症发生,术后无血栓相关的并发症。2 例病人出现术后脾热,2 例发生左侧胸腔积液,经过引流等措施治愈。其余病人病人均无手术直接导致的术后并发症和死亡。13 例病人均痊愈出院,术后住院时间 5 ~ 16 天,平均 10.5 天。

讨 论

巨大脾脏长期压迫往往导致局部解剖改变,如脾周广泛纤维粘连,脾周韧带挛缩,脾蒂肥厚,血管侧支广泛扩张等,加之空间狭窄,暴露困难,巨脾切除术往往操作困难、手术风险大^[2]。巨脾切除术式包括托出式脾脏切除术,原位脾脏切除术,腹腔镜脾脏切除术。传统的托出式脾脏切除术往往取左侧肋缘下长切口,将脾脏托出后处理脾周韧带,结扎脾蒂,此术式创伤相对较大,术后并发症发生率高^[1]。原位脾脏切除术在保持脾脏原位状态下离断脾周韧带,结扎胃短血管,处理一二级脾蒂,此术式更有利于保护胰周重要结构,术后并发症发生率相对较低^[3-4],但往往需采取较大的手术切口,创伤仍较大,病人术后恢复相对较慢。本研究结果表明,小切口行巨脾切除术是可行的,其优势在于手术耗时短、创伤小,病人术后第 1 ~ 2 天即可下床活动,且不增加术后并发症发生率。

随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜介导的脾脏切除术已发展成为脾脏切除的标准术式^[5]。然而,此术式对初学者而言上手困难,手术费时,如适应证把握不好、操作不慎可能给病人造成巨创,基层医院推广难度大^[6]。且多数情况下,巨脾行腹腔镜切除仍要求行一相对较大的手术切口以取出标本,而本手术所行之小切口并不明显大于腹腔镜手术,其创伤程度未显著高于腹腔镜手术,且术后并发症发生率低。

本术式的关键之一在于切口的选择,术前通过体检定位,在脾门位置行直切口,可在打开腹腔后以最小的路径结扎脾动脉,解剖脾门,游离脾蒂。本术式的第二个关键在于在脾门附近胰腺上缘游离并结扎脾动脉,待脾脏缩小之后开始下一步的操作。巨脾症病人因脾脏体积明显增大,往往向内向前推移脾门,使得脾门处胰尾上缘脾动脉浅露、隆起,很易触及和解剖。在定位脾动脉之后,切开后腹膜即可分离、结扎。多数情况下,脾积血具有可复性,脾动脉结扎阻断脾脏入血后,脾内积血可通过脾静脉回流入循环。通过结扎脾动脉后的等待过程,不仅产生自体血回输效果,而且可使脾脏缩小,脾脏张力减小,操作空间显著增加,有利于减少术中出血及进一步的操作,较为重要。本术式的第三个关键在于靠近脾门游离脾蒂,因为切口较小,不能按照传统的搬脾法切除脾脏,所有的操作均应在脾脏原位状态下进行。首先游离脾胃韧带,结扎胃短血管,后沿脾下极分离脾结肠韧带和脾肾韧带,所有操作应遵循由浅入深、先易后难的原则,紧贴脾脏进行。在处理脾蒂的过程中,需仔细解剖脾蒂与胰尾的关系,避免钳夹和损伤胰尾导致术后胰瘘。助手可通过压肠板将脾脏向对侧牵拉以增加暴露,显露脾门,便于操作。

总之,小切口巨脾切除手术创伤小,手术时间短,不增加术后并发症发生率,与传统手术相比有更多的优势。必须强调的是小切口巨脾切除仅适用于单纯行脾切除的病人,对于合并有食管胃底静脉曲张需行贲门周围血管离断的病人并不适合。同时也必须认识到巨脾切除术仍具有一定危险性,术者应在思想上重视手术的难度和风险,切忌急躁,忌一味追求小切口和手术速度,如遇困难情况,应果断扩大切口,以免造成周围组织的损伤及大出血。

参考文献

- [1] 房献平,陈显玉.巨脾切除术的技术操作问题[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):756-757.
- [2] 孙文兵,张珂,张效东,等.原位脾脏切除术 256 例体会[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(10):602-604.
- [3] 王超峰,伴有学,安东均.原位脾切除术[J].中华肝胆外科杂志,2007,13(5):342-343.
- [4] 彭淑端,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[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):758-759.
- [5] Palanivelu C, Jani K, Malladi V, et al. Early ligation of the splenic artery in the leaning spleen approach to laparoscopic splenectomy[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2006, 16(4):339-344.
- [6] 高君,丁雪梅,柯山,等.腹腔镜下巨脾切除术经验与技巧[J].中国医刊,2017,52(1):4-6.

(收稿日期:2018-08-05)

(本文编辑:杨泽平)