

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.35.024

31 例腹腔镜下脾切除的临床分析*

李庆东,沈艾,邓和军
(重庆市肿瘤研究所肝胆外科 400030)

[摘要] **目的** 探讨完全腹腔镜下脾切除的手术技巧和临床经验。**方法** 回顾性分析该院从 2003 年 1 月至 2015 年 4 月进行完全腹腔镜脾切除术 31 例,其中,肝硬化脾功能亢进 12 例,脾多发性血管瘤 5 例,脾淋巴瘤 3 例,脾囊肿 3 例,陈旧性脾破裂、脾血肿 2 例,特发性血小板减少症 6 例,术中 LigaSure 处理脾胃韧带,结扎脾动脉,采用丝线结扎或腔内直线切割闭合器个体化处理脾蒂。**结果** 31 例腹腔镜脾切除术,无中转开腹患者。其中,13 例逐一分离、丝线结扎脾门血管后离断脾蒂,18 例采用腔内直线切割闭合器离断脾蒂,手术时间 80~240 min,平均(130±35)min,术中出血量 60~500 mL,平均(150±80)mL,平均住院时间 8.3 d,无手术死亡及胰瘘并发症发生病例。**结论** 在开腹脾切除的基础上,术前仔细评估,选择合适病例,利用不同腹腔镜器械的优势,个体化方式处理脾蒂,腹腔镜脾切除术安全实用。

[关键词] 腹腔镜;脾切除;LigaSure;腔内直线切割闭合器

[中图分类号] R657.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2015)35-4975-02

Clinical analysis of laparoscopic splenectomy in 31 cases*

Li Qingdong, Shen Ai, Deng Hejun
(Department of Hepatobiliary Surgery, Chongqing Cancer Institute, Chongqing 400030, China)

[Abstract] **Objective** To study the surgical techniques and clinical experience of the total laparoscopic splenectomy. **Methods** Retrospective analysis 31 cases were performed laparoscopic splenectomy from January 2003 to April 2015. Among them, there were 12 cases with liver cirrhosis and hypersplenism, 5 cases with spleen hemangiomatosis, 3 cases with splenic lymphoma, 3 cases with splenic cyst, 2 cases with obsolete rupture of spleen hematoma, 6 cases with idiopathic thrombocytopenia. During surgery, LigaSure was used to deal with stomach ligament splenic artery. Using silk or endoscopic linear cutters to process splenic pedicle individually. **Results** All operations were performed successfully without conversion to open surgery. 13 patients were cutting off splenic pedicle by ligating of splenic portal blood vessel and 18 patients were using endoscopic linear cutters. The operation time was 80—240 min, mean (130±35)min, the blood loss was 60—500 mL, mean (150±80)mL, hospital stay was 8.3 days. There was no mortality and pancreatic leakage complications. **Conclusion** On the basis of open surgery, evaluating carefully before operation, selecting appropriate cases, using different laparoscopic instruments, handling splenic pedicle individually, can make the laparoscopic splenectomy be a more safe and useful operation modality.

[Key words] laparoscopy; splenectomy; LigaSure; endoscopic linear cutters

随着腹腔镜技术的提高和器械的改善,作者在开腹脾切除的基础上,从 2003 年 1 月至 2015 年 4 月开展腹腔镜脾切除术,根据患者的个体情况,采用经济实惠的丝线逐一结扎处理脾蒂或者使用腔内直线切割闭合器离断脾蒂,共完成 31 例,手术均顺利,患者创伤小、恢复快,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 31 例,其中,男 16 例,女 15 例,年龄 33~65 岁,平均 51 岁。其中,肝硬化脾功能亢进 12 例,脾多发性血管瘤 5 例,脾淋巴瘤 3 例,脾囊肿 3 例,陈旧性脾破裂、脾血肿 2 例,特发性血小板减少症 6 例。

1.2 方法 术前均行增强 CT 扫描,仔细阅片、评估,了解脾脏大小及脾动、静脉情况,采取个体化手术方案,做到心中有数。患者全身麻醉后,取头高脚低、右侧倾斜 30°体位,脐下作 10 mm 切口,建立气腹,气腹压力 12~14 mm Hg,置入腹腔镜,分别于剑突下、左锁骨中线肋缘下、左腋前线肋缘下戳孔,

主操作孔使用 12 mm 可转换 Trocar。将脾下极向上托起,用电钩或 LigaSure 或超声刀分离脾结肠韧带、脾肾韧带,然后显露脾胃韧带,均用 LigaSure 分离脾胃韧带、离断胃短血管。然后在胰尾上缘找到脾动脉主干,游离后上血管夹夹闭。根据患者的个体情况,处理脾蒂血管,或经 12 mm Trocar 放入腔内直线切割闭合器离断脾蒂,或者逐一分离、丝线结扎脾门血管各支。最后分离脾膈韧带,取出脾脏。冲洗术野,检查有无活动出血,喷洒纤维蛋白胶和覆盖可吸收止血纱布,脾窝置腹腔引流管 1 根引流。

2 结果

31 例完全腹腔镜下脾切除术,无中转开腹患者。其中,13 例逐一分离、丝线结扎脾门血管后离断脾蒂(41.9%),18 例采用腔内直线切割闭合器离断脾蒂(58.1%),手术时间 80~240 min,平均(130±35)min,术中出血 60~500 mL,平均(150±80)mL。术后第 1 天进食流质饮食,根据引流情况于第 2~3

* 基金项目:重庆市卫生计生委科研基金资助项目(2013-2-128)。 作者简介:李庆东(1969—),副主任医师,本科,主要从事肝、胆、胰、脾临床与基础研究。

天拔除引流管,平均住院 8.3 d。无手术死亡及胰瘘并发症发生病例。

3 讨 论

随着腹腔镜技术的提高和手术器械的不断改善,LigaSure、超声刀以及腔内直线切割闭合器的广泛使用,腹腔镜脾切除术越来越被外科医生所接受。但是,脾脏质脆、脾门血管粗大复杂,尤其是肝硬化患者,术中极易撕破脾被膜和损伤脾门血管壁引起大出血,导致视野模糊而中转开腹手术治疗^[1]。故控制出血和处理好脾蒂是整个手术的关键。因腔内直线切割闭合器价格昂贵,本院采用个体化脾蒂处理方式行完全腹腔镜下脾切除 31 例,效果良好。

(1)要有熟练的开腹脾切除手术经验,熟悉脾门血管解剖,即使需要中转开腹手术,也能迅速控制出血,完成手术。(2)术前均行增强 CT 扫描,反复阅片、仔细评估,了解脾脏大小及脾门动、静脉情况,做到心中有数^[2]。有学者认为,脾直径大于 15 cm,手术难度明显增加,若直径大于 27 cm,不宜选择行腹腔镜脾切除术^[3]。故选择合适的患者非常重要。(3)充分利用不同腹腔镜器械的优势,扬长避短。比如,分离脾结肠韧带、脾肾韧带、脾膈韧带时,可直接使用电钩或超声刀,便能达到满意效果;但在处理脾胃韧带时,因胃短血管不易凝血,最好选用 LigaSure,因为 LigaSure 血管闭合系统能直接闭合切断直径小于 7 mm 的血管^[4],能安全快捷完成分离,避免使用血管夹,减少操作步骤、缩短手术时间。本组使用 LigaSure 处理脾胃韧带 31 例,无出血发生,未使用结扎夹。

术中发生大出血,若处理不好,需中转开腹手术。文献报道出血原因多是术中操作不规范、动作粗鲁,导致脾被膜撕裂和血管破裂出血^[5]。本组 1 例上钛夹时误伤脾侧血管壁,导致出血 500 mL。因此,主刀和助手必须要有熟练的腹腔镜操作基本功,动作轻柔、准确到位、配合默契,避免因“钩、拨、牵、吸、分”等操作时造成不必要的大出血。在术区旁预先放置纱布条,一旦发生出血,迅速用纱布条压迫止血,或分离钳夹住出血点,吸清术野,再上夹子止血^[6]。

脾蒂的正确处理是手术成功的关键^[7]。根据患者的实际情况,采取个体化的脾蒂处理方式,是安全且实用的。首先,在胰腺上缘游离出脾动脉主干予以夹闭,让脾脏缩小,增加操作空间^[8]。先结扎脾动脉对脾亢、血小板减少的患者尤为适合,可以减少大失血风险^[9]。所以,作者建议手术前最好行 CTA 检查,了解脾动脉与胰尾的关系^[10]。

其次,在处理脾蒂时,如果患者经济状况差且脾门血管易分离者,则逐一分离血管后用丝线结扎,再置结扎夹夹闭,然后配合 LigaSure 离断。本组 13 例采用此法处理脾蒂,均获成功。许景洪等^[11]报道 47 例腹腔镜脾切除术,45 例行脾门血管逐一分离结扎,安全可行,但缺点是手术时间延长。如果患者经济条件好、脾门血管难分离者,直接使用腔内直线切割闭合器离断脾蒂,安全快捷^[12]。本组采用腔内直线切割闭合器直接离断脾蒂 18 例,但其中 2 例断面仍有点状活动性出血,腹腔镜下予以“8”字缝合后,出血停止。

预防胰瘘的发生^[13]。作者认为:(1)术中仔细解剖,避免损伤胰尾;(2)可予以离断面近侧间断缝合^[14];(3)喷洒纤维蛋白胶和覆盖可吸收止血纱布;(4)放置腹腔引流管;(5)术后检测腹腔引流液淀粉酶。本组所有病例均在断面喷洒纤维蛋白胶后覆盖可吸收止血纱布,并于脾窝放置腹腔引流管,术后监测无胰瘘发生,于术后 2~3 d 拔除腹腔引流管。

腹腔镜脾切除术具有创伤小、恢复快、并发症少的优点,术前应仔细评估,选择合适的病例,术中耐心操作,利用不同腹腔镜器械的优势,扬长避短,采用个体化方式处理脾蒂,安全实用,真正让患者获益。

参考文献

- [1] 夏清华,陈锦皇,王国斌.手助腹腔镜巨脾切除术的临床体会[J].临床外科杂志,2012,20(10):707-708.
- [2] 邓和军,李庆东,匡毅,等. LigaSure 血管闭合系统在腹腔镜脾脏切除术中的应用[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(3):206-207.
- [3] 朱江帆,范西红,马焕文,等.手助的腹腔镜脾切除术[J].中国微创外科杂志,2001,9(4):240-241,258.
- [4] 李建平,戴途,季源.结扎速血管闭合系统在胆囊切除术中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2002,23(8):903.
- [5] 姚英民,张朋飞,郑鑫.腹腔镜脾切除联合贲门周围血管断流术和术后常见的并发症及处理原则[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(20):9019-9022.
- [6] 丁钊,王西墨,赵永捷,等.完全腹腔镜脾切除的治疗体会[J].天津医药,2009,37(12):1054-1055.
- [7] 高鹰.腹腔镜巨脾切除的临床应用[J].社区医学杂志,2008,6(13):72-73.
- [8] 张涛.腹腔镜肝硬化脾切除 35 例临床分析[J/CD].中华普通外科学文献:电子版,2013,7(2):128-129.
- [9] 马利锋,康建省,李涛,等.腹腔镜脾切除术治疗 115 例免疫性血小板减少症的疗效分析[J].重庆医学,2014,43(10):1199-1200.
- [10] 李巍,董晓彤,崔志新,等.腹腔镜脾切除术前 CTA 检查结果分析[J].山东医药,2011,51(2):68-69.
- [11] 许景洪,卢榜裕,陆文奇,等.完全腹腔镜下脾切除脾血管的处理(附 47 例报告)[J].中国内镜杂志,2007,13(12):1278-1280,1284.
- [12] 李学明,陈海鸣,邓小荣,等.腹腔镜脾切除 100 例手术经验[J].实用临床医学,2010,11(3):81,83.
- [13] 卢庆华,周予民,龙拥军,等.二级脾蒂离断术在外伤性脾破裂脾切除术中的应用[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(6):504-505.
- [14] 黄飞,卢榜裕,蔡小勇,等.腹腔镜脾切除术脾蒂处理方法探讨[J].中国内镜杂志,2007,13(10):1090-1092,1095.