

完全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术的适应症和临床应用价值探讨

史立军

(鹤岗鹤矿医院普外科 黑龙江鹤岗 154100)

摘要:目的:探讨完全腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术的安全性和临床应用效果。方法:选取我院在2018年1月至2019年1月实施完全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术的60例患者进行分析,并将其定为研究组;在选取同时期实施开腹手术的60例患者进行对比,将其定为常规组,观察两组患者的治疗相关指标。结果:经数据对比,研究组在术中出血量、术后排气时间、术后发热时间、术后住院天数上均更短,但在手术时间长于常规组, $p < 0.05$ 。结论:完全腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术,在右斜位下是安全、有效、可行的,值得推广。

关键词:完全腹腔镜脾切除;贲门周围血管离断;住院时间;开腹手术

门静脉高压症作为肝硬化失代偿期的一种常见并发症,病情相对严重,可在食道、胃底出现曲张静脉破裂,从而致使大出血,导致脾功能出现亢进,严重威胁了患者的生命安全。在临床上,想要改善肝功能,一般都会选择进行肝移植术,但脾切除术联合贲门周围血管离断术作为肝胆外科中常用的手术措施,直到现在仍然能够作为解决这些并发症的一种重要治疗手段,在临床上的效果较显著。在1992年时,提出有关首例腹腔镜脾切除术患者报道,提出这种手术方法是可行的,目前,在国内外对此方面的研究和报道已经有很多。但为了进一步证实此项手术方式的可行性,此次报告利用分组对比的方式,对完全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术治疗后的效果展开调查,现将调查数据呈现如下。

1. 一般资料 and 治疗方法

1.1 一般资料

选取我院在2018年1月至2019年1月实施完全腹腔镜下脾切除术联合贲门周围血管离断术的60例患者进行分析,并将其定为研究组;在选取同时期实施开腹手术的60例患者进行对比,将其定为常规组,常规组中男女人数分别为23人和37人,年龄28-60岁,平均年龄 (43.58 ± 4.56) 岁;研究组男女人数分别为28人和32人,年龄27-61岁,平均年龄 (44.05 ± 3.25) 岁。

1.2 治疗方法

1.2.1 研究组治疗:协助患者采取头高足低位,角度在20度左右,将左季肋部垫高,大约10厘米,右侧斜位角度在 $30^\circ - 60^\circ$ 之间。在患者的脐处和左肋缘连接中线处,行为10毫米的戳孔,将其作为观察孔,在剑突左侧肋下方行一5毫米的戳孔,在左腋前线肋缘下方行一12毫米的戳孔,将其作为主操作孔,在患者左侧腋前线和左侧腋中线中间部分的下侧肋缘处大概4厘米的位置,行一5毫米的戳孔,在距离剑突右侧右肋缘下2厘米地方行一5毫米的戳孔,作为辅助操作孔。保证二氧化碳气腹压力在12-15mmHg之间。经扫查后,将脾脏充分暴露,从脾下方开始操作,使用超声刀将脾脏周围处的韧带和血管慢慢进行剥离,方面为从上到下,从左到右,按顺序将脾结肠韧带、脾肾韧带、部分脾膈韧带、部分脾胃韧带进行剥离。将脾处主要血管充分暴露后,用12毫米的套管,经线型切割器,将脾蒂血管分离,再将余脾胃韧带及脾膈韧带切割,最后切下脾脏。其中有脾脏较大的患者,可在脾门上方将脾动脉找出来并进行剥离,使用7号丝线对脾动脉进行双重结扎,缩小脾脏,使脾脏变软后,再对其进行分离。将切除下的脾脏放在盆腔内暂时保存。再对胃底后的血管到贲门处的食管进行分析,将小网膜切开,对曲张血管到胃左静脉的地方进行剥离,使用直线切割缝合器切断胃左静脉闭合的地方,后利用牵拉的作用,将腹段食管处的6-8cm进行游离,在这期间将胃左动脉上方的血管进行离断,主要是高位食管支静脉。将脾脏放在左侧肝前方,并将其放入标本袋内,将标本袋口拉出戳孔外,破碎脾脏后取出。

1.2.2 常规组治疗:对患者进行全麻,患者应在头高脚低为,角度为20度-30度之间,将患者左侧肋部垫高10厘米作用。上腹行“L”型切口,将小网膜囊切开,将脾蒂充分暴露,对脾动脉进行结扎,将脾周围韧带进行分析,将脾脏取出,在分离患者脾蒂,最后切除脾脏。在胃上方的三分之一处和腹段食管的6-8cm处进行游离,将相关血管切断。对患者进行止血,术后对患者的福清进行冲洗,吸净腹腔。经左侧腋前线放入一引流管引流。

1.3 观察指标

观察两组术中出血量、术后排气时间、术后发热时间、术后住院天数及手术时间。

1.4 统计学分析

所有的数据可复制粘贴到EXCEL表格里,采用SPSS 21.0软件对数据进行统计学分析,数据计数资料通过 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,用 χ^2 来检验比较, $p < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗相关指标对比。

研究组患者术中出血量、术后排气时间、术后发热时间、术后住院天数均更短,但在手术时间上较长, $p < 0.05$,见表1。

表1 两组治疗相关指标对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	术中出血量 (ml)	术后排气时间 (d)	术后发热时间 (d)	住院天数 (d)	手术时间 (min)
常规组 (n=60)	550.6 ± 50.2	3.65 ± 0.65	8.44 ± 0.88	22.58 ± 0.61	180.61 ± 26.11
研究组 (n=60)	450.3 ± 40.8	2.18 ± 0.42	5.12 ± 0.53	14.27 ± 0.88	245.16 ± 33.52
t	12.0101	14.7135	25.0337	60.1159	11.7678
p	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3. 讨论

通常情况下,肝功能Child分级的几个指标中,更加重视的是凝血酶原时间的延长,如果患者凝血酶原时间出现延长,即便其它都已经在Child A级的标准,在手术期间,也要对各个步骤和缓解相对重视和谨慎。最近几年,对大小形态过大的脾脏进行切除一直是目前讨论最多的热点,手术中会认为脾脏的大小是一种相对危险的因素,因此,脾脏与周围组织的粘连程度相对来说比较重要,在选择患者时,应注意体外超声扫描,检查结果中显示脾脏直径在15cm以内的患者才能进行手术。而腹腔镜下脾切除术联合贲门周围血管离断术具有创伤小、恢复快、操作简单等优势,对患者的治疗效果显著。此次研究结合两组的治疗相关指标进行分析,研究组患者在住院时间、术中出血量、术后排气时间、术后发热时间上更短,但在手术时间上较长, $p < 0.05$ 。

综上所述,完全腹腔镜脾切除术联合贲门周围血管离断术,在右斜位下是安全、有效、可行的,值得推广。