



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.029
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.029
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(8):1198-1200.

· 临床报道 ·

保留脾脏的腹腔镜选择性贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症性大出血

武步强, 陈广斌

(山西省长治医学院附属和平医院 普通外科, 山西 长治 046000)

摘要

目的: 评价和总结保留脾脏的腹腔镜选择性贲门周围血管离断术 (SPLSPD) 在治疗门静脉高压症性大出血方面的应用价值和手术技巧。

方法: 总结 3 例因门静脉高压症性大出血而实施 SPLSPD 手术患者的手术期临床资料和诊治经验。

结果: 3 例患者 SPLSPD 手术均顺利实施, 无中转脾切除和开腹手术。3 例患者的 SPLSPD 手术平均手术时间 110 min, 术中平均出血量约 100 mL; 术后第 1 天拔除胃管, 进流质饮食; 术后第 2 天拔除腹腔引流管; 无术后并发症, 均于第 3 天出院。随访 3 个月, 无死亡病例, 无呕血和便血表现和术后相关并发症发生。

结论: SPLSPD 手术技术上可行、安全、创伤轻, 是治疗门静脉高压症性大出血的有益方法, 值得临床进一步推广。

关键词

高血压, 门静脉 / 外科学; 腹腔镜; 保留脾脏; 贲门周围血管离断

中图分类号: R657.34

在门静脉高压症 (portal hypertension, PHT) 治疗上, 防治食管胃底曲张静脉破裂出血是外科手术的主要目的^[1]。近年来, 笔者对外科住院的 PHT 患者常规实施腹腔镜脾切除联合选择性贲门周围血管离断术 (laparoscopic splenectomy and selective pericardial devascularization, LSPD), 取得了满意的疗效^[2-3]。然而, 断流性手术是否需要包括脾切除尚存争议^[1,4-5]。为此, 笔者在 LSPD 基础上对 3 例患者实施了保留脾脏的腹腔镜选择性贲门周围血管离断术 (spleen-preserving laparoscopic selective pericardial devascularization, SPLSPD), 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 3 例患者, 男 2 例, 女 1 例; 年龄 41~58

岁。术前诊断: 门静脉高压症、乙型肝炎后肝硬化。3 例术前均有呕血和便血病史, 无内镜下硬化剂注射或套扎等治疗史。术前胃镜均提示食管中下段静脉中重度曲张伴红色征或蓝色征。术前均给予保肝、利尿等治疗。肝功能 Child-Pugh 分级: A 级 2 例, B 级 1 例。术前常规彩超和增强 CT 检查, 测量 3 例患者的脾脏最长径均超过 15 cm, 最大 20.3 cm × 16.5 cm × 7.7 cm。术前血常规: WBC (1.56~3.92) × 10⁹/L, 平均 2.57 × 10⁹/L; PLT (45~76) × 10⁹/L, 平均 52 × 10⁹/L; Hb (76~119 g/L), 平均 94.4 g/L。

1.2 手术方法

气管内插管全麻, 常规颈静脉穿刺置管。左侧胸背部垫枕, 双腿分开。气腹压力 12~14 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。右斜位, 右倾 45°~60°, 头侧抬高约 15°~30°。术者、一助立于患者右侧, 扶镜手立于患者双腿之间。于脐孔上缘置 10 mm Trocar 为观察孔, 左侧肋缘下腋前线处、剑突下 2 cm 略偏左、右上腹各放置 1 枚 5 mm Trocar 为辅助操作孔, 左上腹置 10 mm Trocar 作为主操作孔。操作孔位置可根据脾脏大小和患者体型进行

收稿日期: 2014-07-07; 修订日期: 2015-06-03。

作者简介: 武步强, 山西省长治医学院附属和平医院副教授, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 武步强, Email: wuli67@163.com

相应的上下或内外调整。

进镜探查腹腔后将脾脏下极向左侧托起,用超声刀切断胃脾韧带显露小网膜囊,沿胃大弯向两侧切断胃结肠和胃脾韧带(图1)。靠近胃壁仔细切开胃胰皱襞,进一步向上切断高位胃脾韧带和胃膈韧带(图2)。用超声刀贴近胃壁离断胃小弯后层,进而沿贲门后方、食管下段向纵膈内离断(图3)。提起胃小弯区网膜,从胃角处

开始贴近胃壁离断小网膜前层胃冠状血管向胃壁发出的穿支血管,继而向上紧贴食管离断食管旁静脉向食管发出的穿支静脉和食管周围静脉。向下牵引食管,进一步环食管离断食管下段周围约6~10 cm,直至纵膈内深部无可见的穿支血管(图4)。腹腔镜下仔细检查无活动性出血,温盐水冲洗术野。于胃脾间置入1~2条引流管。

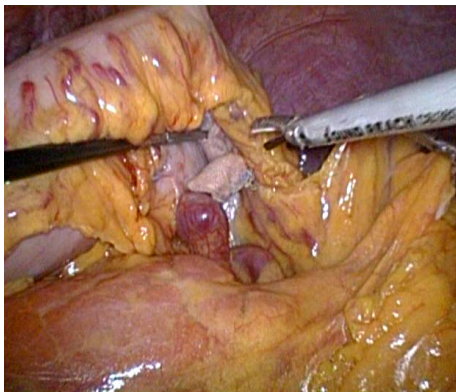


图1 充分离断胃大弯侧,暴露小网膜囊

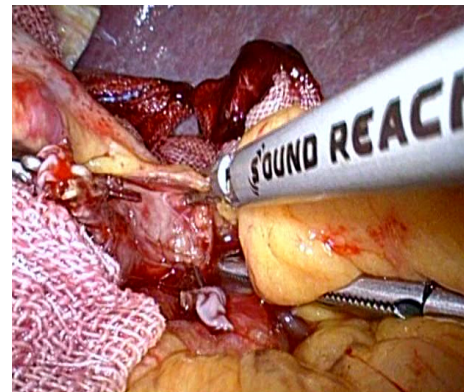


图2 离断深陷于巨脾凹面的胃脾韧带最上极

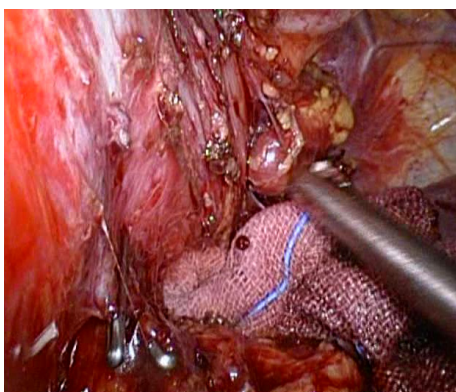


图3 胃后入路离断小弯后层及贲门食管后方

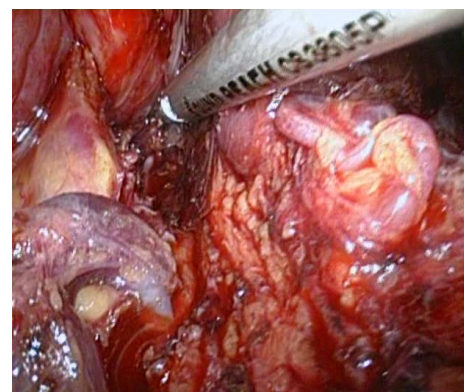


图4 向纵膈深部离断,无可见的穿支血管

2 结果

3例患者均顺利完成手术。平均手术时间110 min。术中平均出血量约100 mL。术后均未采取镇痛措施。术后第1天拔除胃管,进流质饮食。术后第2天拔除腹腔引流管,无术后并发症,均于第3天出院。

术后第3天复查血常规:WBC(8.5~10.6)×10⁹/L,平均10.3×10⁹/L;PLT(40~56)×10⁹/L,平均42×10⁹/L;Hb(71~12.3 g/L),平均90.2 g/L。3例患者术后随访3个月无死亡病例,均无呕血和

便血表现;无发热、戳孔感染、腹腔积液、门脾静脉血栓等并发症。

3 讨论

3.1 SPLSPD 手术的优势

断流手术是否必须包含脾脏切除,至今在学术界尚无共识^[1,4-5]。然而,断流术用于防治PHT性大出血的主要目的是毋庸置疑的。笔者对3例合并轻中度脾功能亢进的PHT患者实施了SPLSPD手术。与LSPD手术不同的是,SPLSPD手术减少了

脾切除和取出脾脏的环节,手术时间大大缩短,术中出血明显减少;同时由于不需取出增大的脾脏,故手术戳孔无需扩大,术后疼痛症状不明显;住院时间也明显缩短,3例患者均在术后第3天出院。

3.2 SPLSPD 手术的技术体会

大多数PHT患者的脾脏均明显增大,并且伴程度不等的脾功能亢进。增大的脾脏占据着腹腔内相当的空间,无形中增加了腹腔镜手术的难度。因此,在有限的操作空间内减少组织的损伤和出血是SPLSPD手术技术的核心问题。

显然,PHT患者的脾脏与肝脏相互靠拢,有的甚至互相重叠,而SPLSPD手术的关键区域就位于重叠器官的后方,因此,轻巧地挑拨器官来显露隐藏的手术区域尤为重要。笔者的手术依然沿用LSPD手术的5个戳孔^[2-3],不同的是在LSPD手术时作为主操作孔的腋前线的戳孔在SPLSPD手术时主要用来辅助挑拨增大的脾脏以显露术野,而左上腹的操作孔则作为SPLSPD手术的主操作孔。

笔者依然采用胃后入路优先的方法进行贲门周围血管的离断操作^[3]。不同于LSPD手术的贲门周围血管离断常先在脾切除以后实施,SPLSPD手术的血管离断操作是在脾脏存在的情况下实施。通过笔者的实践观察,安全实施SPLSPD手术的要点包括:(1)充分离断胃大弯侧,更好地显露胃小网膜囊;(2)胃脾韧带最上端大多深陷于脾切迹之间,有时胃脾紧密接触,该处的离断是手术的难点,操作不当常可导致脾损伤和麻烦的出血从而被迫施行脾脏切除。笔者体会,先紧贴胃底后壁离断胃胰和胃膈皱襞可使胃脾韧带的最上端拉长,此时再进行离断可相对安全;(3)充分暴露胃后方,贴近胃壁离断胃小网膜的后层,继续向上离断贲门和食管后方和左侧的穿支血管和组织,上述操作一气呵成,可方便后续的从胃前方的离断操作。(4)先离断贲门右侧作为胃小网膜前层离断的突破口,从此处穿一吊带牵引可方便后续的离断操作。

3.3 SPLSPD 手术的前景

断流手术常作为治疗PHT性大出血的二线治疗手段,这一现状提示外科手术的止血效果要优

于目前公认的药物和内镜治疗的一线治疗手段,但创伤大、并发症多、风险高是限制其常规应用的关键。当前,微创外科技术的普及和精准外科范式的建立在重新确立着外科手术作为防治PHT性大出血的地位。是否保留脾脏在治疗PHT性大出血方面尚无定论,但是保留脾脏减少了手术操作环节,保留了脾周已经建立的侧支血管,避免了与切脾相关的许多术后并发症如发热、门脾静脉系统血栓、脾窝积液等。即使将来复发出血,保脾断流术也不会破坏脾肾分流的解剖关系,为手术实施合理分流提供了机会。SPLSPD手术更精确的保留了机体自然形成的门奇静脉间的分流通路,还避免了传统开腹保脾断流手术的巨创对机体的影响,因此,SPLSPD手术符合当今外科精准、微创、疗效确切的理念。SPLSPD手术有可能会拓宽PHT的手术适应证,为PHT性大出血的防治增加了一种选择。然而,这一手术技术要求高、风险大、需要较长时间的学习培训,有必要组建一支配合默契、反应敏捷的手术团队来加以实施。

参考文献

- [1] 冷希圣. 门静脉高压症治疗的现状与展望[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(1):1-3.
- [2] 武步强, 秦君, 栗彦琪, 等. 腹腔镜下脾切除联合选择性贲门周围血管离断术[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(12):1075-1078.
- [3] 武步强, 陈广斌, 李韶霞, 等. 腹腔镜脾切除联合选择性贲门周围血管离断术的技术改进[J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(10):804-805.
- [4] 朱继业, 倪彦彬. 保脾断流术治疗门静脉高压症[J]. 中华消化外科杂志, 2013, 12(11):820-822.
- [5] 李志伟, 张培瑞, 张绍庚. 门静脉高压症断流术的争议[J]. 中华消化外科杂志, 2013, 12(11):823-826.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 武步强, 陈广斌. 保留脾脏的腹腔镜选择性贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症性大出血[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(8):1198-1200. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.029

Cite this article as: WU BQ, CHEN GB. Spleen-preserving laparoscopic selective pericardial devascularization in the treatment of massive hemorrhage due to portal hypertension[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(8):1198-1200. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.08.029