

麦氏切口 11 例,探查切口 15 例,且所有患者均于手术中发现并确诊为妇产科疾病。其中包括妇科卵巢囊肿 6 例,卵泡及黄体破损 9 例,急性输卵管炎 7 例,输卵管妊娠 4 例。

2 结果

全组患者在进行阑尾炎手术治疗时证实为妇产科疾病,我科均于第一时间采取了相应的对症治疗和处理,包括行卵巢修补术 10 例,盆腔引流冲洗 9 例,恶性卵巢囊肿切除术 3 例,异位妊娠手术处理 4 例。所有患者无一例感染和术后并发症发生,均经妇科常规留院观察治疗后痊愈出院。

3 讨论

3.1 误诊的主要原因 在临床工作中,当患者出现右盆腔急腹症以及右下腹疼痛、压痛症状时,往往使年轻缺乏经验的医师第一时间会考虑为急性阑尾炎。但是,临床上多数女性患者妇产科疾病其临床症状与急性阑尾炎的症状表现非常相似,故导致了妇产科疾病被误诊为阑尾炎的概率大大提高^[2]。因此,对此类女性患者必须全面综合分析,以免造成误诊。本组导致误诊的原因主要是:(1)医师在临床诊断过程中,只片面根据患者的症状便作出诊断,未详细了解患者病史、个人史,特别是女性的月经史、生育史等;(2)诊断中未经有关辅助检查,如各种影像学检查、妊娠试验、后穹窿穿刺等;(3)临床医师缺乏临床急腹症的诊治经验^[3]。这些都是造成误诊的主要原因。

3.2 预防措施 (1)加强年轻医师技能的培训和学习,不断提高临床诊疗水平。临床医师只有通过学习和培训,不断更新知识,提高理论和诊疗水平,才能确保医疗质量。(2)应规范医院各项诊断检查项目及制度。患者的临床诊断中应按照诊疗程序详细安排各种辅助检查项目。对于急腹症患者在进行手术治疗之前,应先行影像学检查、血生化检查,女性患者应进行各类妇产科项目检查,对有疑问的患者应请妇产科医师进行会诊,切忌盲目进行手术^[4]。(3)临床医师在诊断过程中,尽可能全面地了解患者的病史、个人史、既往史、月经史、生育史等,结合临床症状和体征全面分析后才能作出诊断,以避免误诊的发生^[5]。

参考文献

- 1 于茂恒,王 凡,肖志刚. 妇产科疾病误诊为阑尾炎(附 52 例报告)[J]. 临床误诊误治,2009,12(12):32-33.
- 2 宋全玲,宋全梅,宋全娜. 32 例妇产科疾病误诊为阑尾炎[J]. 中外医学研究,2010,8(27):184-185.
- 3 杜军儿. 妇科疾病误诊为急性阑尾炎 8 例分析[J]. 按摩与康复医学(中旬刊),2010,1(11):124.
- 4 Graff L, Russell J, Seashore J, et al. False negative and false positive errors in abdominal pain evaluation: failure to diagnose acute appendicitis and unnecessary surgery [J]. Acad Emerg Med, 2000, 7(11):1244-1255.
- 5 Yardeni D, Hirschl RB, Drongowski RA, et al. Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: do we need to operate during the night [J]. J Pediatr Surg, 2004, 39(3):464-469.

[收稿日期 2012-11-06][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

腹腔镜下脾切除术的临床应用体会

宁海波, 刘 雷, 卢海明, 李向红, 蒋水明

作者单位: 545005 广西,柳州市工人医院普外二科

作者简介: 宁海波(1979-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普外科疾病诊治。E-mail:woxinruhuo@yeah.net

[摘要] **目的** 总结腹腔镜下脾切除术的临床应用体会。**方法** 回顾分析 2010-01~2011-12 该院施行的 21 例腹腔镜下脾切除术患者的临床资料。**结果** 手术无中转开腹,手术时间为(178±36)min,术中出血量为(335±68)ml,均无需输血,术后住院时间为(10.2±1.3)d,均无并发症发生。**结论** 腹腔镜下脾切除术安全可靠,是一种临床治疗效果良好的微创手术方式。术中预防大出血和防止周围临近脏器热传导损伤是手术中必须重视的问题。

[关键词] 脾切除术; 腹腔镜; 微创性; 外科手术

[中图分类号] R 61 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)04-0359-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.04.25

Experience on clinical application of laparoscopic splenectomy NING Hai-bo, LIU Lei, LU Hai-ming, et al. Department of General Surgery, Liuzhou Worker Hospital, Guangxi 545005, China

[Abstract] **Objective** To explore clinical application of laparoscopic splenectomy. **Methods** The clinical date of 21 patients with laparoscopic splenectomy were analyzed retrospectively from January 2010 to December 2011 at our hospital. **Results** Twenty-one patients were successfully operated, the average operation time was (178 ± 36) min, mean blood loss was (335 ± 68) ml, mean postoperative hospital stay was (10.2 ± 1.3) d. There were no complications in patients after surgery and no conversion to open surgery. **Conclusion** Laparoscopic splenectomy is a feasible and safe surgical method, that is the ideal way of minimally invasive operation to splenectomy. Preventing hemorrhage and thermal conductivity injury of adjacent organs in operation is the problems that should be paid attention to.

[Key words] Splenectomy; Laparoscopy; Minimally invasive; Surgery

腹腔镜下脾切除术 (laparoscopic splenectomy, LS) 在 1991 年由澳大利亚 Delaitre^[1] 最早完成后, 便在世界各国陆续开展, 国内各大医院也于上世纪 90 年代陆续开展。相对于开腹脾切除术 (open splenectomy, OS) 而言, LS 具有创伤小、生理功能干扰轻、术后恢复快、住院时间短、腹壁皮肤瘢痕小等优点。随着腹腔镜技术的发展及腹腔镜辅助器械的更新, LS 的适应证不断扩大, 目前 LS 已成为治疗大多数脾脏疾病的标准手术方式。现对 2010-01 ~ 2011-12 我院完成的 21 例腹腔镜下脾切除术的临床治疗体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 21 例患者中, 男 11 例, 女 10 例, 年龄 8 ~ 65 (36.09 ± 16.51) 岁。术前诊断: 脾肿大并脾功能亢进 9 例, β 型地中海贫血 3 例, 特发性血小板减少性紫癜 6 例, 脾血管瘤 2 例, 脾囊肿 1 例。脾脏正常大小 7 例, I 度脾肿大 6 例, II 度脾肿大 6 例, III 度脾肿大 2 例。脾肿大并脾功能亢进患者均为肝硬化并门脉高压症所致, 既往有消化道慢性失血病史, 无消化道急性失血病史, 并存在不同程度的两系或三系血细胞减少。β 型地中海贫血患者经血红蛋白电泳试验和基因检测明确, 术前检查存在不同程度的贫血和血小板减少。特发性血小板减少性紫癜患者经骨髓穿刺活检明确, 经激素治疗 6 个月效果欠佳, 术前检查存在血小板减少, 且已停用类固醇激素。以上患者依据不同病情, 手术前给予同型血红细胞静滴, 提升血色素超过 100 g/L, 给予血小板静滴或 γ-球蛋白静滴, 提升血小板超过 50 × 10⁹/L, 且患者血白细胞超过 3.0 × 10⁹/L。患者肝功能检查均为 Child 分期 A 级。术前检查凝血功能正常, 凝血酶原时间 (PT) 结果在正常范围。21 例患者手术前均行 64 层腹部螺旋 CT 平扫 + 增强检查, 明确脾动脉走行、脾动脉是否增粗、脾动脉分支类型、有无脾动脉瘤及所在部位, 术前制定具体治疗

方案。

1.2 手术步骤及方法 (1) 术前备皮、导泻和术晨灌肠, 常规留置胃管及导尿管, 气管内插管全身麻醉, 应用多功能手术台, 根据不同手术步骤灵活调整患者体位。(2) 显示器放于患者头部前方, 术者站在患者两腿之间, 扶镜助手站在患者右侧下方。Troc-car 穿刺时, 患者取仰卧位, 选择脐上缘插入 10 mm Trocar 并置入 30° 斜面腹腔镜, 于左锁骨中线脐水平线处插入 10 mm Trocar 作为器械操作孔, 于腋前线左肋弓下方插入 10 mm Trocar 作为器械操作孔, 于剑突与脐水平连线中点处插入 5 mm Trocar, 供助手持钳或扇形牵开器使用。10 mm 的穿刺孔, 根据手术需要, 用来放置电钩、钳子、超声刀或腹腔镜下自动切割闭合器。气腹压力维持在 13 mmHg 以下。(3) 体位改为右侧卧位, 倾斜 30°, 头高脚低位。常规探查腹腔情况后, 助手以扇形牵开器将脾下极向上方牵开, 可以看见与膈结肠韧带相延续的脾结肠韧带, 术者用无创伤钳将脾区结肠向下牵开, 充分显露出脾结肠韧带, 用电凝钩钩开韧带薄弱处, 暴露出间隙, 再用超声刀从下向上分离, 注意断面血管的彻底止血。由于结肠脾曲与脾下极距离较短, 超声刀分离时, 注意不要碰到结肠壁, 防止热传导和电灼伤。(4) 循此分离面一直向上分离和切开, 达脾胃韧带时, 助手可更换无创伤抓钳, 将胃向右上方牵拉, 牵拉过程注意动作轻柔, 因此处与脾门距离近, 有脾动静脉的分支存在, 操作时勿使脾动脉撕裂。术者持超声刀离断脾胃韧带直至脾上极。脾胃韧带内含有胃短血管, 且脾上极与胃贲门部间较狭窄, 可先用 5 mm Hemolok 夹闭胃短动、静脉的胃侧端, 然后再用超声刀离断。分离到胰尾前方时, 注意保持术野清晰和动作精准, 防止胰尾损伤。(5) 从后腹膜开始游离脾脏, 用分离钳上抬脾脏下极, 术者继续使用超声刀, 尽量分离脾肾韧带。此过程中注意手术视野的充分暴露, 防止脾蒂的损伤。如此, 即可将

脾门部的动脉和静脉暴露出来。根据手术前 CT 影像的指导,可以较容易的在胰尾上缘或后上方找到搏动的脾动脉主干,同时可以在腹腔镜直视下分辨出脾动脉主干上是否存在有脾动脉瘤,从而避免损伤脾动脉瘤而造成大出血。(6)在靠近脾门部先分离出脾动脉各支,用 12 mm Lapro-Clip 夹夹闭脾动脉各支或主干,使部分脾脏内血液回流到体循环,产生自体血回输的效果。然后用超声刀仔细分离脾胰韧带,注意勿损伤胰尾和脾包膜,将脾胰韧带离断后,便可将胰尾与脾蒂分开。此时继续用超声刀游离脾蒂,分离出脾静脉主干和分支。如脾静脉没有增粗、迂曲表现,可以直接使用钛夹和 12 mm Lapro-Clip 夹夹闭脾静脉各分支,然后在两夹之间逐支切断脾静脉分支,达到完全分离脾蒂的目的。如果脾静脉主干和分支明显增粗、迂曲,则此时可经主操作孔换用腹腔镜下自动切割闭合器(endo cutter/endo GIA),夹闭脾蒂,激发自动切割闭合器离断脾动脉和脾静脉。(7)然后将脾脏向内侧牵拉,暴露出脾脏背侧,用超声刀分离剩余的脾肾韧带,再将脾上极用分离钳下压,用超声刀分离剩余的脾膈韧带。从而达到将脾脏完全游离和切除的目的。(8)将脾脏放入标本袋中,在主操作孔放入碎宫器械,在标本袋内用碎宫器械绞碎脾脏后,适当扩大主操作孔皮肤切口,然后将装入脾脏的标本袋口拉出体外,完全取出标本。检查腹腔,用生理盐水冲洗脾窝干净,检查胃大弯侧、左膈下、胰尾、后腹膜等处是否存在活动性出血,给予彻底止血。于脾窝处放置硅胶引流管一根,自左肋缘下穿刺孔部位引出、固定。

2 结果

本组 21 例手术时间为(178 ± 36) min,术中出血量为(335 ± 68) ml,患者术中均未中转开腹,均未输血。脾窝内常规放置腹腔硅胶引流管一根,引流 5~7 d,观察引流液性质和计算 24 h 引流量,同时监测血液中淀粉酶计数和引流液中淀粉酶计数。患者肠鸣音在 24 h 内恢复 13 例,术前放置的胃管术后 24 h 予以拔除,之后开始进流质饮食,并逐渐过渡到半流质饮食。术后住院时间为(10.2 ± 1.3) d,均无出血、胰瘘、膈下积液等并发症发生。

3 讨论

3.1 自 1991 年 Delaitre 等^[1]报道首例 LS 以来,LS 因其腹壁切口小、痛苦少、术后恢复快、围手术期并发症少等优点而得到了迅速发展。随着手术者经验的不断积累,以及手术方法、腹腔镜操作器械的不断改进,LS 手术已经越来越成熟,目前已成为脾脏切

除采用最多的手段。Winslow 等^[2]检索 Medline 数据库文献,采用 Meta 分析比较 LS 和 OS,结果显示,LS 后并发症发生率显著低于 OS,其优势主要体现在肺部及手术切口等的感染性并发症发生率降低,而手术出血量及手术时间比 OS 要高。Cordera 等^[3]分析行 LS 和 OS 患者的临床资料,结果为 LS 组手术时间长于 OS 组,两组术中出血量及术后并发症发生率相类似;LS 组的肠道功能恢复时间、术后恢复进食时间和术后住院天数均少于 OS 组。

3.2 在 LS 中,选择合适的体位及套管的位置对于脾脏的显露非常重要。目前,选择体位及戳孔位置的原则是必须有助于脾门的暴露和处理^[4]。我们选择头高脚低右侧斜卧位,既可向右侧卧位方向调整,又可向仰卧位调整;当向右侧卧位调整时,可满意地显露脾的膈背面;当向仰卧位调整时,可给脾胃韧带和脾蒂的处理以及脾顺利装入标本袋带来极大的方便,缩短了手术时间。

3.3 在 LS 中,脾蒂处理方法有一级脾蒂离断法和二级脾蒂离断法两种^[5]。一级脾蒂离断法是应用腔内直线型切割闭合器离断脾蒂,对于脾蒂不增宽的患者,可以用直线型切割闭合器完全离断脾蒂。二级脾蒂离断法是在脾门处将脾动脉和脾静脉的二级血管分别夹闭后离断。一级脾蒂离断法和二级脾蒂离断法有各自的优缺点。一级脾蒂离断法的优点在于方便快捷,对脾蒂血管的钳夹、离断和闭合一步完成。一级脾蒂离断法的缺点:(1)切割闭合器脱钉或钉合不牢引起出血;(2)脾门组织过厚或脾蒂较宽,切割闭合器钉合组织不完全,需多次使用切割闭合器,增加患者经济负担;(3)发生脾动-静脉瘘,导致术后继发性门静脉高压症。故在选择腹腔镜下自动切割闭合器时,应注意闭合器的缝合距离、钉腿高度和钉子闭合的高度,避免因切割闭合器过短而发生钉合组织不完全或钉合组织不牢而撕裂脾蒂导致出血。二级脾蒂离断法的优点在于避免了大块集束结扎和避免了脾动-静脉瘘。二级脾蒂离断法的缺点:(1)脾门血管间缺乏间隙时,在行脾蒂游离时容易分破脾静脉主干或分支;(2)手术时间增加,增加了麻醉药物用量。故二级脾蒂离断法对实施手术的医师要求掌握一定的手术技巧和手术精度,在游离脾血管间隙时,应在腹腔镜的直视和放大作用下,对脾蒂血管分支的疏松间隙进行游离,尽量使用钝头血管钳或超声刀的钝面进行游离,并对每一个单支二级血管进行分别的血管夹夹闭和切断,达到确切可靠离断脾蒂的目的,从而避免了胰尾的损伤和

减少了手术的出血量。

3.4 在 LS 中,由于脾血管位置深在、粗大,血运丰富,特别是脾功能亢进患者,脾动脉和脾静脉增粗、扩张明显^[6],如果手术操作过程中配合不当或动作粗暴,就会导致脾血管或脾实质的大出血,导致手术失败甚至危及患者生命,或者是 LS 中转开腹的主要原因,因此手术中处理脾动脉和脾静脉十分关键^[7]。出血最常见的技术原因是解剖脾蒂时损伤脾静脉主干或其分支,或游离脾周韧带时因操作不当或动作粗暴导致脾实质撕裂出血。由于巨脾患者曲张的静脉压力高,血管壁薄,血流量大且缺乏血管间隙,在行脾蒂游离时容易分破脾静脉分支,引起难以控制的出血。另外,血管夹松脱导致血管回缩等也是引起出血的原因。

3.5 预防和控制术中大出血是提高手术成功率、减少并发症发生的关键。为了预防术中大出血,我们在手术操作时应该遵循以下基本原则:在直视下进行操作,如戳孔和钳抓组织;不要紧贴脾脏解剖和直接钳抓脾脏实质,应该稍远离脾脏钳抓系膜组织;离断血管近端应使用带锁扣的血管夹,如 Hemolok 和 Lapro-Clip;当术野有出血时,应及时吸尽积血,保持术野干净;对于巨脾患者要妥善夹闭每根血管,不要过分依赖超声刀直接离断血管。一旦 LS 中发生大出血时,要沉着应对,果断用无损伤钳夹住脾蒂或出血的血管,然后用吸引器吸尽血液暴露术野,找到出血的血管后使用血管夹夹闭,切忌盲目电凝止血或盲目大块钳夹组织。如果不能有效止血,应果断中转开腹手术,确保患者的生命安全。在本组病例中,

我们都是通过 CT 影像术前评估和术中实时对比,灵活的选择一级脾蒂离断法或二级脾蒂离断法处理脾蒂,充分发挥了两种手术方法的优势,并使之优势最大化。在操作过程中,术者和助手的默契配合,动作轻柔仔细,也是保持手术成功的关键,尽最大限度的避免脾蒂血管的损伤,达到减少患者手术出血量、缩短手术时间和保证患者手术安全的目的。手术中一定注意带电器械的金属部分完全暴露在手术视野当中,避免带电的金属部分直接接触胰腺或周围肠管,避免因为热传导或电灼伤引起胰瘘和肠管损伤或肠瘘,从而有效地减少术后并发症的发生。

参考文献

1 Delaitre B, Maignien B. Splenectomy by the laparoscopic approach. Report of a case[J]. Presse Med,1991,20(44): 2263.
2 Winslow ER, Brunt LM. Perioperative outcomes of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complications[J]. Surgery,2003,134(4): 647-653.
3 Cordera F, Long KH, Nagorney DM, et al. Open versus laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura: clinical and economic analysis[J]. Surgery,2003,134(1): 45-52.
4 曹利平, 阙日升, 吴峥嵘. 腹腔镜脾切除术中的操作与显露[J]. 中国微创外科杂志,2002,2(21):51-52.
5 王汉宁, 向国安, 陈开运, 等. 二级脾蒂离断法在腹腔镜脾切除术的应用[J]. 中国微创外科杂志,2006,6(9): 691-692.
6 陈 斌, 李国进. 腹腔镜结扎脾动脉后脾切除术 32 例[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2010,4(1): 83-85.
7 洪德飞. 腹腔镜脾脏切除的手术操作技巧[J]. 肝胆外科杂志, 2010,18(6): 406-408.

[收稿日期 2012-10-08][本文编辑 杨光和 韦所苏]

学术交流

老年急性胰腺炎 110 例临床分析

陈 扬, 罗咏萍, 陈忠华, 李 钰

作者单位: 644000 四川,宜宾市第二人民医院消化科
作者简介: 陈 扬(1961-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:肝硬化的诊治。E-mail:cy7921@yeah.net

[摘要] **目的** 探讨老年急性胰腺炎(AP)的临床特点、治疗措施及影响预后的因素。**方法** 回顾性分析老年 AP 患者(观察组)110 例的临床资料,并与同期非老年 AP 患者(对照组)116 例做比较。**结果** 观察组发病的主要原因为胆结石(70 例,63.6%);主要表现为腹痛、呕吐。两组发生重症胰腺炎共 50 例,其中观察组 35 例,对照组 15 例,观察组重症胰腺炎突出表现为急性呼吸窘迫综合征 10 例(28.6%),休克 6 例