

- 11 Dannecker C, Wolf V, Raab R, et al. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 273(2): 93-97.

- 12 冯明月, 王中洁. 电刺激生物反馈治疗盆底功能障碍性疾病的疗效观察[J]. 华夏医学, 2011, 24(2): 184-185.

[收稿日期 2014-04-18][本文编辑 吕文娟]

博硕论坛·论著

腹腔镜脾切除术术中术后临床观察

毕永辉, 孙绍伟, 林鑫星

作者单位: 264200 山东, 威海市立医院肝胆外科(毕永辉, 孙绍伟); 224100 江苏, 大丰人民医院普外科(林鑫星)

作者简介: 毕永辉(1977-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肝胆外科疾病诊治。E-mail: biyonghui168@163.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜脾切除术(LS)的临床效果。方法 对12例行腹腔镜脾切除术患者的手术时间、术中出血量、禁食时间、术后切口疼痛评分、术后住院时间进行观察分析。结果 手术时间为155~182 min, 平均为170 min; 手术中出血量为85~100 ml, 平均为94 ml; 术后禁食时间为24~48 h, 平均为40 h; 术后第1天切口疼痛评分得分为2~4分, 平均为3.1分; 术后第3天切口疼痛评分为1~2分, 平均为1.2分; 术后住院时间为6~8 d, 平均为7.3 d。结论 腹腔镜脾切除术具有创伤小、患者痛苦少、术中出血少、术后恢复快、并发症少、术后切口疼痛小, 住院时间短、伤口小而美观等优点, 是行脾切除术患者的最佳选择。

[关键词] 腹腔镜脾切除术; 临床观察

[中图分类号] R 61 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)10-0930-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.10.11

Intraoperative and postoperative observation of laparoscopic splenectomy BI Yong-hui, SUN Shao-wei, Lin Xin-xing. Department of Hepatobiliary Surgery, Weihai Municipal Hospital, Shandong 264200, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical effects of laparoscopic splenectomy (LS). **Methods** In 12 patients undergoing LS, the operative time, blood loss, fasting time, postoperative wound pain scores, postoperative hospital stay were observed and analyzed. **Results** The operative time was 155~182 min, with an average of 170 min; intraoperative bleeding was 85~100 ml, with an average of 94 ml; the postoperative fasting time was 24~48 h, with an average of 40 h; On the first postoperative day, the wound pain score was 2~4, with an average of 3.1 points; third postoperative day incision pain score was 1~2 points, with an average of 1.2 points; postoperative hospital stay was 6~8, with an average of 7.3 days. **Conclusion** This method has some superiorities, including less trauma, less patients' pain, less blood loss, faster recovery, fewer complications, a small incision pain, shorter hospital stay, and so on. It is the best choice for splenectomy patients.

[Key words] Laparoscopic splenectomy (LS); Clinical observation

近年来随着腹腔镜操作技术水平及腹腔镜电外科手术器械水平的提高,腹腔镜脾切除术(laparoscopic splenectomy, LS)已经越来越多应用到脾脏疾病的治疗。我院肝胆外科自2011-07~2013-07,对于部分脾脏占位、遗传性球形红细胞增多症、原发性血小板减少性紫癜、门静脉高压性脾功能亢进的12例患者进行LS,收到了较好的临床效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院自2011-07~2013-07共行LS 12例,其中男3例,女9例,年龄34~48岁,平均41岁。12例患者中2例为脾脏占位(CT诊断肿物直径3 cm左右),3例为遗传性球形红细胞增多症,6例为血小板减少性紫癜患者,3例为门静脉高压脾亢(脾脏为轻中度肿大,肝功能均为A级)。全部血

液疾病及脾脏占位患者术前均经血液科检查(包括骨髓穿刺检查)确诊,术后病理报告与术前诊断一致。

1.2 手术选择标准 (1)符合行脾切除术指征;(2)无绝对手术禁忌证,(3)患者术前超声检查,脾脏长径 ≤ 15 cm^[1]。

1.3 手术方法(腹腔镜脾切除术) (1)麻醉:气管插管全麻,采取四孔法,通常以脐左 1 cm 或脐下缘取观察孔,主操作孔位于腋前线 and 左锁骨中线肋缘下,插入分离钳或超声刀等,辅助操作孔位于剑突下 2 cm 及脐上 5 cm 稍偏左。(2)气腹:腹腔穿刺后注入 CO₂ 气体,建立气腹,气腹压维持在 12 ~ 14 mmHg。(3)手术操作:首先以超声刀沿胃大弯侧进入大网膜腔,分离脾胃韧带游离到脾脏上极,脾结肠韧带脾侧分离脾下极,继续游离脾肾韧带及后腹膜,使脾脏充分游离。充分游离脾蒂,后经下方插入腹腔镜切割闭合器,选用钉高较长的钉仓(白色,4.1 mm),进行闭合切割(保护胰尾)。如果一次切割不能完全切断脾蒂,可同样方法再次切割剩余脾蒂。切除后的脾脏置入标本袋,将脐部穿刺孔扩张成 3 ~ 4 cm 长,将袋口拉至此穿刺孔,用剪刀将脾脏剪碎分块取出。于脾窝放置负压球引流,排出气体,取出穿刺套管,缝合穿刺孔。

1.4 观察指标 手术时间(自切开皮肤至缝合切口的时间)、手术中出血量(手术过程中负压吸引器中的出血量)、手术第 1 天、第 3 天切口疼痛评分(应用 VAS 疼痛评分)、手术后的住院天数。

2 结果

LS 手术时间为 155 ~ 182 min,平均为 170 min;手术中出血量为 85 ~ 100 ml,平均为 94 ml;术后禁食时间为 24 ~ 48 h,平均为 40 h;术后第 1 天切口疼痛评分为 24 分,平均为 3.1 分;术后第 3 天切口疼痛评分为 1 ~ 2 分,平均为 1.2 分;术后住院时间为 6 ~ 8 d,平均为 7.3 d。所有患者术后随访半年,均未发现术后消化道出血、疾病复发、脾静脉血栓形成等。

3 讨论

3.1 澳大利亚里斯本皇家医院于 1991 年首先行 LS,并于 1992 年首先报道^[2]。国内自 1994 年相继开展了腹腔镜下脾切除术、脾囊肿开窗引流术、脾外伤的诊断和治疗后,LS 凭借其手术创伤小、手术后恢复快、手术后并发症少等优点已成为各种原因行脾切除术的金标准^[3,4]。

3.2 LS 中充分利用 30°腹腔镜,可以多角度多方位

调整手术视野,在使用超声刀同时极少产生烟雾和焦痂,保持了手术视野清晰;并且由于采用超声切割凝固原理,没有电流通过机体,不会发生传导性组织损伤,达到满意的手术显露和切割离断,从而达到对周围脏器最小的损伤^[5]。术中应用超声刀来对脾脏周围韧带、组织和切割、离断,利用超声刀头的高频(55.5Hz)的机械震动可产生 80 °C 的高温,促使组织蛋白分解凝固,并产生止血、切割、分离的效果,并且由于腹腔镜切割闭合器的使用,防止血管尤其是脾门血管撕裂,大大减少手术中出血^[6,7]。大多数脾大患者,都存在血小板降低情况,血小板在脾脏切除术后 24 h 才真正开始升高^[8],手术时容易出血,腹腔镜脾切除利用的腹壁小切口明显比开腹大切口有优势,并且由于术中 Trocar 对于腹壁小切口的挤压及气腹对于切口的压力作用,使切口出血少。

3.3 手术后疼痛程度与手术损伤的范围,切口的大小、部位,患者的耐受程度有关,LS 腹壁手术切口小,分散于腹壁,患者活动时对于切口的牵涉小,减轻了切口处疼痛。腹壁戳孔取代了腹壁切口,避免了腹壁肌肉、血管和局部神经的直接切割损伤,使切口疼痛减轻。气腹的建立及术中体位的变化,避免了拉钩对腹壁及脏器的压迫损伤,减轻术后腹壁及脏器的疼痛反应。LS 由于腹腔镜本身具有放大作用,手术视野更清晰,手术更准确精细操作,有效避免了手术部位以外脏器的副损伤,手术损伤范围较开腹明显减小。术后腹腔引流管可以短时间停用,避免引流管导致的强迫体位,保持最舒服的姿势,减轻术后疼痛。

3.4 LS 中对腹腔内脏干扰小,尤其是避免了开腹手术中应用纱布垫对小肠、结肠的包裹,减少了纱布垫对肠道浆膜的刺激;也避免腹腔脏器同空气和空气中的细菌尘埃的接触和污染。由于腹腔镜手术视野好,结束前冲洗彻底,保持腹腔清洁,大大减少了肠粘连因素。腹腔镜手术中对腹腔其他脏器尤其是胃肠道干扰少,术后排气时间早,术后腹胀,肠粘连肠梗阻的发生率较开腹明显减少,是术后禁食时间短的重要原因。

3.5 对于与脾脏相关的造血系统疾病,大多长时间反复使用肾上腺糖皮质激素^[9]。肾上腺糖皮质激素能够抑制蛋白质合成,导致切口延期愈合或不愈合。然而,因腹腔镜脾脏切除术创口小,肾上腺糖皮质激素对其愈合影响小,腹腔镜脾脏切除术创口延期愈合或不愈合发生率极低。并且患者术后腹胀、肠粘连肠梗阻的发生率低,进饮食早,术后恢复时间

短,住院时间短^[10]。

3.6 脾脏组织较脆,易碎,血供丰富,易于出血,并且与胃、结肠、膈、左肾上腺和左肾相毗邻,局部解剖复杂。我们的临床经验及手术技巧有限,术中很难抓持和牵引,故腹腔镜脾脏切除术时间较开腹长。腹腔镜脾脏切除术后将脾脏取出也是花费较长时间的过程,应用分离钳抓钳将脾脏标本置入标本袋中的过程较开腹应用手术钳直接取出标本的过程复杂多了,有时将切下来的脾脏装入标本袋都很困难,使手术时间明显延长,中转开腹率增加^[11]。通过脐部小切口取脾时要将脾脏剪成约3 cm的碎块,碎脾时不能剪破标本袋,以防碎脾落入腹腔引起脾脏移植。所以通过小切口取脾的操作严重影响手术速度,延长手术时间。不过随着临床经验的增多,手术技巧的提高,手术器械的改进,LS的手术时间会越来越短,术中及术后并发症越来越少,使今后涉及脾脏切除的手术大部分依靠腹腔镜来完成^[12]。

参考文献

- Kercher KW, Matthews BD, Walsh RM, et al. Laparoscopic splenectomy for massive splenomegaly [J]. Am J Surg, 2002,183(2):192-196.
- Carroll BJ, Phillips EH, Semel CJ, et al. Laparoscopic splenectomy [J]. Surg Endosc, 1992,6(4):183-185.
- Gadenstatter M, Lamprecht B, Klingler A, et al. Splenectomy versus medical treatment for idiopathic thrombocytopenic purpura [J]. Am J Surg, 2002,184(8):606-610.
- Kojouri K, Vesely SK, Terrell DR, et al. Splenectomy for adult patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a systematic review to assess long-term platelet count responses, prediction of response, and surgical complications [J]. Blood, 2004,104(9):2623-2634.
- 王晓东,姜翠翠,李春晓,等. 外伤性脾破裂的腹腔镜手术治疗 [J]. 中国普外基础与临床杂志,2010,17(7):693.
- 陈学敏,孙冬林. 腹腔镜脾切除对难治性ITP治疗的应用价值 [J]. 中国普通外科杂志,2009,15(8):569-571.
- Altamirano AM, Ellsmere J, Jaap Bonjer H, et al. Morbidity of hand-assisted laparoscopic splenectomy compared to conventional laparoscopic splenectomy: a 6-year review [J]. Can J Surg, 2012,55(4):227-232.
- 王奕,张浩,胡理明,等. 腹腔镜脾脏切除术治疗特发性血小板减少性紫癜 [J]. 中华外科杂志,2003,41(10):796.
- 栗世勇. 小剂量静注丙种球蛋白联合甲泼尼龙治疗难治性免疫性血小板减少性紫癜的疗效观察 [J]. 中国临床新医学, 2011,4(5):466-467.
- 宁海波,刘雷,卢海明,等. 腹腔镜下脾切除术的临床体会 [J]. 中国临床新医学, 2013,6(4):360-362.
- Targarona EM, Espert JJ, Balague C, et al. Splenomegaly should not be considered a contraindication for laparoscopic splenectomy [J]. Ann Surg, 1998,228(1):35-39.
- 孙谷,陆文熊,付赞,等. 腹腔镜下脾切除术10例报告 [J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2004,24(1):63-64.

[收稿日期 2014-02-24][本文编辑 韦所苏]

临床研究·论著

开喉剑喷雾剂联合热毒宁注射液治疗疱疹性咽峡炎的疗效观察

黄少玲

作者单位: 530022 广西,南宁市第一人民医院儿科

作者简介: 黄少玲(1976-),女,研究生学历,医学学士,主治医师,研究方向:小儿呼吸系统疾病及新生儿疾病诊治。E-mail:yyyekhsl@126.com

[摘要] 目的 观察开喉剑喷雾剂(儿童型)联合热毒宁注射液治疗疱疹性咽峡炎的疗效及不良反应。

方法 将100例疱疹性咽峡炎患儿分为治疗组55例和对照组45例。治疗组给予开喉剑喷雾剂(儿童型)喷口腔疱疹局部治疗联合热毒宁注射液静脉滴注,对照组给予西瓜霜喷雾剂喷口腔疱疹局部治疗联合利巴韦林注射液静脉滴注,疗程5~7 d,并根据病情给予相应对症支持治疗。比较两组临床疗效及各项临床疗效观察指标和不良反应。**结果** 治疗组显效30例,有效20例,无效5例;对照组显效20例,有效15例,无效10例,两组疗效差异无统计学意义($P>0.05$)。但退热时间、口痛消失时间及疱疹溃疡消退时间,治疗组明显优于对照组,差异有统计学意义(P 均 <0.01)。对照组有18例出现白细胞总数减少或粒细胞比值下降,治疗组未