

腹腔镜治疗 8 例胆囊结石并脾囊肿报道

滕毅山, 黄洁, 孙敏, 许宁, 王家平
(昆明医学院第二附属医院腹部微创外科, 云南昆明 650101)

[关键词] 腹腔镜; 胆囊结石; 脾囊肿

[中图分类号] R575.6*2 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 01-0118-02

胆囊结石是一种常见多发病, 而脾囊肿是一罕见病症, 很少有特殊症状, 多数患者是因胆囊炎胆囊结石就诊时发现脾囊肿病变。故在腹腔镜胆囊手术中同时对脾囊肿行腹腔镜治疗, 一次手术治疗两种疾病, 能减轻患者的痛苦并取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

8 例患者中男性 3 例, 女性 5 例。年龄 20~56 岁, 平均 38 岁, 1 例表现为左腰背部胀痛外, 其余均为反复右上腹痛, 以胆囊炎行 B 超检查发现胆结石并脾囊肿。

1.2 诊断

8 例患者经 B 超初步诊断后均进一步行 CT 检查脾囊肿的大小部位及与周围组织的关系。2 例囊肿位于脾上极, 4 例位于脾中间部囊内无分隔。一例巨大囊肿占据整个脾脏 2/3, 1 例患者来自牧区, CT 影象诊断考虑为包虫病, 又进一步进行血清包虫抗体检测。结果为阳性。本组患者脾囊肿最小 5.0 cm × 5.0 cm × 4.0 cm, 最大 17.0 cm × 12.5 cm × 12.5 cm, 病史不详。

1.3 治疗

8 例患者均先行“三孔法”腹腔镜胆囊切除术, 然后再在左肋缘下锁骨中线处加一孔。2 例囊肿位于脾上极者行囊肿完整摘除术: 用电凝钩沿囊肿表面电凝受压迫而萎缩的脾组织, 使基焦黄化无血供用电凝钩烧开囊肿壁一小口, 吸出部份囊液, 提起皱瘪的囊壁, 继续用电凝钩剥离囊壁直至完整剥除囊肿, 检查脾残存腔内如有活动性

出血, 可用生物夹夹闭, 或肝针缝合止血。如为渗血可用止血纱布(速集纱)填塞压迫止血。4 例囊肿脾肿位于中间部且无分隔者行囊肿去顶开窗引流术, 充分暴露出囊肿, 沿囊壁与正常脾组织交界处用电凝钩切开囊肿, 吸尽囊液后沿此界限将囊壁完全切除, 于脾下极放置引流条。1 例脾中部包虫胆囊囊肿患者, 先在囊肿内注射 10% 甲醛, 脾周垫好纱条, 5 min 后用电凝钩沿囊肿壁电凝离断脾组织, 将囊肿完整剥除后置于标本袋内, 脾创面电凝止血, 若无活动性出血可在腔内放置止血纱, 用肝针缝合创口。1 例特大脾囊肿行全脾切除术, 先行囊肿穿刺吸尽囊液后, 用超声刀切断脾周各韧带后显露脾蒂。采用 4.5 cm 内镜直线切割吻合器切断脾蒂, 切下的脾脏呈囊袋状。脾组织呈纤维化改变, 取出脾脏在脾窝处置管引流。

2 结果

8 例手术均获成功, 成功率 100.00%, 95%CI 为 63.06%~100.00%。无中转开腹, 手术时间 0.5~2.5 h。手术失血 10~150 mL。所有患者术后 1 d 均可恢复半流质饮食, 并可下床活动。术后 4 d 内拔出引流管, 3~5 d 出院。未出现再出血, 脾血肿, 膈下感染等并发症。术后病检结果: 1 例包虫性囊肿, 4 例上皮样囊肿, 3 例淋巴管囊肿。术后有 8 例患者随访 4 a、2 a、1 a、半年未见复发情况。

3 讨论

胆囊结石是一种常见多发病, 患者因胆结石

[基金项目] 云南科技计划资助项目 (20092C111M); 云南省教育厅科学研究基金资助项目 (601090200506)

[作者简介] 滕毅山 (1962~), 男, 云南昆明市人, 医学博士, 副主任医师, 主要从事腹部微创外科技术研究。

[通讯作者] 王家平. E-mail: jpwang12@hotmail.com

就诊, 随着影像技术的发展, 在明确胆结石的同时凡有脾囊肿患者均能一并检出. 依据国内资料脾囊肿分为寄生虫性和非寄生虫性脾囊肿. 其中寄生虫性脾囊肿以包虫性囊肿为主. 非寄生虫性脾囊肿又分为真性脾囊肿和假性脾囊肿. 真性脾囊肿可分为淋巴管性脾囊肿、血管性脾囊肿、表皮样脾囊肿. 假性脾囊肿可分为炎性脾囊肿, 外伤性脾囊肿、坏死性脾囊肿. 国内资料又增加了胰源性脾囊肿和肿瘤性脾囊肿.

腹腔镜处理脾囊肿术式的选择, 根据囊肿的部位、大小、性质及病情决定手术方式. 对于两极较大的脾囊肿和寄生虫胆脾囊肿. 将囊肿完整剥离切除. 对于脾周围区的囊肿, 行囊肿去顶减压开窗引流术, 术中注意充分显露出全部游离面的囊壁, 紧靠囊壁与正常脾实质的交界处将游离面的囊壁完全切除. 笔者认为, 足够范围的囊壁切除是保证术后不复发的关键. 对于巨大的和多发脾囊肿, 应考虑行全脾切除. 在操作中首先作囊肿穿刺, 将囊液尽可能吸净, 这样脾脏的体积大为减少, 从而增加了手术空间, 大大降低了操作难度, 再结合应用超声刀及内镜直线切割闭合器. 手术过程很顺利, 出血也很少. 近年来, 脾脏功能越来越受到重视, 能够保脾手术尽量避免全脾切除, 以保留脾脏功能避免脾切除术后爆发性感染的危险.

脾创面出血的预防与处理, 笔者采用: (1) 电凝止血, 电凝止血法可关闭并阻止 1~2 mm 粗的搏动性出血. (2) 止血纱布填塞压迫止血, 止

血效果可靠, 它主要与血红蛋白反应形成凝血块, 压迫血管开口而止血, 同时还有消灭残腔及压迫止血作用. (3) 用肝针 U 型缝合脾组织, 创缘再用褥式内翻缝合, 关闭创面, 或见创缘明显活动性出血也可用生物夹夹闭出血点.

术后并发症的预防与处理, 腹腔镜脾囊肿手术与开腹手术的并发症一样, 主要有术后出血、脾脓肿形成、膈下感染、肠粘连等. 由于腹腔镜手术为封闭式操作, 加之术中术后有效用抗生素, 故发生并发症的可能性很小. 本组 8 例患者一次手术解决了胆结石、脾囊肿两种疾病. 术后痛苦轻, 术后第一天既可恢复饮食及活动. 术后仅住院 3~5 d, 也证实了腹腔镜手术的微创优势. 笔者有理由相信: 腹腔镜技术不仅是胆囊手术的首选也将成为脾囊肿外科治疗的选方法.

[参考文献]

- [1] 彭毅, 杨崇毛, 钟立明, 等. 腹腔镜下脾囊肿保脾术探讨 [J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(1): 57-59.
- [2] 周游泽, 夏穗生校. 脾囊肿的诊断 [J]. 德国医学, 1989, 6(3): 155.
- [3] 印慨, 郑成竹, 柯重伟, 等. 腹腔镜手术治疗脾囊肿 7 例分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2004, 2(12): 737-738.
- [4] 陈建松, 蔡旆槐, 罗书强. 脾囊肿 10 例治疗分析 [J]. 临床外科杂志, 2006, 14(7): 460-462.

(2011-12-10 收稿)