

文章编号:1005-6947(2005)04-0300-03

· 简要论著 ·

全脾切除术后近期并发症分析

李劲东, 王志明, 吕新生, 何峰, 梁帅

(中南大学湘雅医院 普通外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:为探讨全脾切除术后各种并发症发生的原因及处理方法。笔者对湘雅医院近8年来306例行开腹全脾切除术术后1个月出现各种并发症的43例(14.1%)的临床资料进行回顾性分析。43例中包括腹腔内出血5例(1.6%)、门静脉系统血栓形成10例(3.3%)、左膈下感染6例(2%)、左胸腔积液6例(2%)、肺部感染8例(2.6%)、肺不张7例(2.3%)、多器官功能不全1例(0.3%)。其中2例死亡,其余病例分别经再次手术和保守治疗后痊愈。全组资料提示正确的手术操作和积极有效地围手术期处理是防治全脾切除术后各种并发症发生的关键。

关键词:脾切除术/并发症; 门静脉血栓形成/病因学

中图分类号:R657.6; R714.625

文献标识码:B

脾切除手术虽已历经了百余年的历史,外科医生亦积累了大量的临床经验,但脾切除手术后仍有较高并发症发生率(15%~61%)和手术死亡率(6%~13%)^[1,2]。湘雅医院自1994~2002年因各种原因共施行全脾切除术306例,术后1个月出现各种并发症43例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

306例脾切除均为全脾切除手术,包括门静脉高压症脾大脾功能亢进137例(同时行断流术117例,分流术20例),外伤性脾破裂84例,血液及造血系统疾病31例,脾肿瘤32例(良性17例,恶性15例),其它原因22例。术后1月出现各种并发症43例,男31例,女12例,年龄20~68岁,中位年龄42.5岁。

1.2 并发症

43例并发症包括:(1)腹腔内出血合并休克5例,系患者术后12h内脾床引流管引流出鲜血约800~1000mL,且血压难以维持稳定。(2)门静脉系统血栓形成10例,其中7例术后1~2周有腹痛、腹胀、恶心等非特异性症状,3例同时伴有不规则发热;另3例术后1~2周开始出现不规则发热,

所有发热患者体温38.5~40.1℃。患者术后1周血小板计数超过 $500 \times 10^9/L$,6例超过 $1000 \times 10^9/L$ 。10例患者中,经彩超确诊7例,CT确诊3例。(3)左膈下感染6例,所有患者在术后1周出现畏寒发热,均经B超确诊。(4)呼吸道并发症21例,主要症状表现为术后1周出现发热、胸闷,经胸片检查诊断肺部感染8例,左胸腔积液6例,肺不张7例。(5)多器官功能不全(MODS)1例,该例患者因术后2d出现肝功能衰竭,最终导致MODS。

2 治疗及结果

5例腹腔内出血患者出血部位分别是,胰尾血管2例,胃短血管1例,膈面、脾床渗血2例,出血量估计800~1000mL,经再次剖腹探查止血,4例治愈,1例因术后发生多器官功能不全死亡。10例门静脉系统血栓形成患者,均经及时诊断及抗凝、祛聚、溶栓治疗,症状消失。6例左膈下感染患者中,4例经B超定位穿刺或置管引流治愈,2例经切开引流治愈,21例肺部并发症患者,经抗感染、对症处理治愈,另1例MODS死亡。

3 讨论

3.1 腹腔内出血

发生率为2%,是全脾切除术较为严重的并发症之一。多发生于手术后24~48h内。常见原因为胰尾血管、脾蒂血管、胃短血管的出血及膈面、脾

收稿日期:2004-10-06; 修订日期:2005-02-04。

作者简介:李劲东(1969-),男,湖南醴陵人,中南大学湘雅医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:李劲东 电话:13508482897(手机); E-mail:LJjindong@medmail.com。

床的创面渗血^[1]。本组资料显示腹腔内出血发生率及发生部位与文献报告基本相符,且主要发生于门静脉高压症和血液病巨脾切除术后。其原因可能是由于巨脾在形成过程中脾周血管增多、怒张,腹腔与周围脏器粘连以及解剖位置的改变,给手术带来一定的难度所致,且术中较易发生出血和(或)渗血。尽管目前外科医生对于开腹脾切除已积累了大量的经验,但对广泛粘连操作困难的巨脾,手术稍有不慎,就会酿成较为严重的并发症。本组有3例术后腹腔内出血,均是由于巨脾切除过程中,出血较多,匆忙之中对胰尾血管和胃短血管处理欠妥所致。故笔者认为在切脾手术中,尤其是巨脾切除术中,应认真处理好常见出血部位。结扎脾蒂血管应尽量靠近脾脏,或先沿胰尾上、下缘进行小块钳夹切断脾血管分支后再处理脾蒂,处理脾蒂时应仔细分离出脾动脉并予以双重结扎和缝扎,避免胰尾及脾蒂解剖不清时即进行大块集束结扎的盲目做法;在处理脾胃韧带时,尤其是脾胃韧带太短或因巨大脾脏压迫时,应充分游离脾上极,然后从脾上极的后侧紧贴脾包膜钳夹结扎脾胃韧带,由于胃短血管结扎线因术后胃胀易发生脱落,易采用贯穿缝扎法止血,脾切除后及关腹前应再次检查胃底大弯侧^[3]。

由于巨脾与腹膜粘连,腹膜后侧枝循环丰富,再加上肝功能不良伴凝血障碍,脾切除手术中易发生持续性渗血,如处理不当可造成严重的后果。本组有2例门脉高压症巨脾切除术后腹腔内出血患者,经再次手术检查发现膈面、脾床广泛渗血,1例经确切缝扎止血后停止;另1例虽经再次止血处理,但因患者出现凝血功能障碍,术后1d出现MODS死亡。对于脾床和膈面渗血的处理,笔者的经验是:(1)术中分离粘连时,避免用手盲目钝性分离,断端予以仔细结扎。(2)脾脏切除后,对于膈面及脾床止血,不能仅予以结扎而应予以缝扎,然后自脾床背侧深处开始连续或间断缝合至胰尾背侧。(3)在此基础上,可局部应用止血胶或其它局部止血药。(4)术后仍需酌情应用止血药物或输注新鲜冰冻血浆、血小板凝血因子等。

3.2 门静脉系统血栓形成

发生率为2%~8%^[4,5],主要出现在血液病脾脏切除术和门静脉高压症手术伴脾切除术后。其形成与术后血小板升高、高凝状态、门静脉系统

血流动力学改变及脾静脉内膜损伤有关。大约75%的脾切除术患者在术后24h内,血小板即出现回升,一般在术后1~2周达到最高值,少数病人血小板计数甚至可达 $1\,000 \times 10^9/L$,使血液处于高凝状态,血栓形成几率加大。此时,是血栓形成的高峰期,它可发生于门静脉、视网膜动脉、肠系膜动静脉等部位,但最常见的是脾静脉残端至肠系膜上静脉和门静脉的栓塞。如不及时诊治,常可导致严重后果。Olson^[6]曾报道1例19岁的ITP女性患者,全脾切除术后21d,开始出现恶心、呕吐,剖腹探查术中发现由于肠系膜静脉血栓形成,造成广泛的小肠坏死。对于脾切除术后门静脉系统血栓形成的诊断,目前最有效的方法是彩超和CT对比增强扫描检查。彩超在诊断门静脉血栓形成中,其特异性为99%,敏感度为93%。而对比增强CT扫描,虽然也有较高的特异性(99%),但敏感度却为90%^[4]。而在术后早期由于肠气干扰,彩超检查的作用常受到限制,CT扫描则更具有优越性。门静脉系统血栓形成一经诊断,应马上给予抗凝、溶栓、祛聚治疗,其目的不单是使血栓缩小,更重要的是防止血栓进一步增大,以免蔓延至肠系膜上静脉,引起严重的后果。本组10例门静脉系统血栓形成患者,经上述处理后,症状明显改善,避免了严重并发症的发生。因此笔者认为,全脾切除术后,应严密监测血小板变化,特别是在术后1~2周内,一旦血小板升至 $500 \times 10^9/L$,应使用祛聚药物,如潘生丁或阿斯匹林。有作者报告^[7]对于门静脉高压症脾切除术后患者,均常规腹壁皮下注射低分子量肝素,外周静脉滴注低分子右旋糖酐等,收到了良好预防效果。

3.3 膈下感染

是脾切除后严重的并发症之一,发生率为1.5%~5.0%^[8]。本组病例中,发生率为2.0%。主要原因有:(1)胰尾损伤后处理不当,术后发生胰瘘致膈下感染。(2)胃或结肠损伤后污染膈下。(3)操作粗糙,大块钳夹组织致组织坏死感染。(4)患者免疫功能低下。(5)脾床未行常规引流或引流不畅,术后左膈下积血继发感染。由于脾脏切除后,特别是巨脾切除术后,左膈下常遗留一较大腔隙,易导致左膈下发生积血、积液,形成脓肿,引起发热。故笔者认为术中脾床应常规放置引流,术后加强对引流管的管理,保持引流管通畅,以防止术

后左膈下脓肿形成。一旦患者出现发热,左上腹不适,应想到左膈下积液及脓肿的可能,B超和CT有助于明确诊断。对于左膈下脓肿形成者,可先行B超下定位穿刺引流或置管引流,根据细菌培养和药敏结果,合理调整抗生素。但如果引流不畅,应及时行切开引流。本组6例左膈下感染者,有4例在B超引导下置管引流,定期冲洗,治愈;2例因引流不畅而行切开引流,最后治愈。

3.4 呼吸道并发症

包括胸腔积液、肺不张和肺炎。开腹脾切除手术后呼吸道并发症发生率为10%~48%(肺不张16%,胸腔积液11%,肺炎7%~13%)^[1]。本组为6.8%。脾切除术后肺部并发症,发生率是非切脾对照组的二倍以上,尤其是左肺下叶,由于手术刺激引起的疼痛致使呼吸肌及膈肌运动受限,导致肺不张,痰液淤积等而引起感染更为常见。其治疗与一般肺部感染相同,但关键是脾切除术后应想到本症的可能,积极采取预防措施,术后充分镇痛,鼓

励患者排痰,多作深呼吸运动,早日下床活动等。

参考文献:

- [1] 夏穗生,曹秀峰,姜洪池.现代脾脏外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2000.197-203.
- [2] 朱伟雄,陈刚亮,王强,等.门静脉高压脾切除术后持续性发热原因的探讨及处理[J].中国普通外科杂志,2005,14(2):131-133.
- [3] 侯利民,姜洪池,乔海泉.脾切除术后并发症[J].腹部外科.2003,16(5):270-271.
- [4] Winslow ER, Brunt LM, Drebin JA, *et al.* Portal vein thrombosis after splenectomy[J]. AM J Surg, 2002, 184(6):631-636.
- [5] Van't Riet M, Burger JW, van Muiswinkel JM, *et al.* Diagnosis and treatment of portal vein thrombosis following splenectomy[J]. Br J Surg, 2000, 87(9):1229-1233.
- [6] Olson MM, Ilada PB, Apelgren KN. Portal vein thrombosis[J]. Surg Endosc, 2003, 17(8):1322-1323.
- [7] 王茂春,李澍,朱继业,等.门静脉高压症外科手术后门静脉系统血栓形成的原因及防治[J].中华外科杂志,2004,42(5):269-271.
- [8] 王陆林.普通外科手术意外与并发症[M].郑州:郑州大学出版社,2002.589.

文章编号:1005-6947(2005)04-0302-01

· 病例报告 ·

宫颈癌、食管癌、直肠癌三重复癌1例

崔增活

(河北省辛集市第二医院 普通外科,河北 辛集 052360)

关键词:宫颈肿瘤;食管肿瘤;直肠肿瘤;病例报告

中图分类号:R65

文献标识码:A

患者 女,78岁。因间歇性浓血便3个月于2003年6月5日入院。1978年曾患宫颈癌(鳞癌)行放射治疗。1981年患食道癌(鳞癌),位于中段,因拒绝手术,在放射治疗。体检:肛门指检:膝胸卧位距肛门4cm处4~9点处可触及一溃疡型肿物,质硬、脆,肿块中央凹陷,上界触不到,肿物略能推动。妇科会诊提示:肿块

侵及子宫及阴道后壁上1/3。术前B超肝脏无转移结节。行Miles手术,并切除子宫及部分阴道后壁。术后恢复顺利。病理报告:直肠腺癌侵透肌层,侵犯子宫及阴道后壁。肠旁及肠系膜淋巴结未见癌转移。术后拒绝化疗。随访1年余仍健在,但CT示肺及肝脏均已广泛转移。

讨论 重复癌分同时性与异时性重复癌,第一癌与重复癌发现间隔6个月以内称同时性重复癌,6个月以上为异时性重复癌,重复癌多发生于60岁以上,约占65.2%。发病率尸检为1.2%~5.7%,临床报告为0.59%~2.45%。重复癌大约70%

发生在消化器官。重复癌的治疗原则上应争取根治,日本于1985年末统计胃癌与肝癌间重复癌手术切除率为18.5%(12/15),异时性手术切除率为28.6%(8/28),有个例术后15年仍健在。故对重复癌的治疗应持积极态度,尽可能争取手术治疗。本例为异时性三重复癌,较少见,国内仅有个案报告。夏一平等报告1例,切除第3原发癌后4年仍生存。本例为三重复癌,宫颈癌及食管癌均行放疗,直肠癌因放疗不敏感及肠道反应等原因而行手术治疗。因肿瘤侵犯子宫及阴道,故实行了联合脏器切除,近期效果较满意。

收稿日期:2003-12-18。

作者简介:崔增活(1962-),男,河北辛集人,河北省辛集市第二医院主任医师,主要从事普外肿瘤方面的研究。

通讯作者:崔增活 电话:0311-3967446(0), 0311-3685552(小灵通), 13081112516(手机)。