

文章编号:1005-6947(2006)12-0959-02

· 临床报道 ·

减轻脾切除术后发热的体会

王建中¹, 刘鸿章¹, 刘力¹, 段文都¹, 刘岩¹, 薛聪龙¹¹, 焦征¹, 张颖², 王蒸³

(河北省保定市第三医院/肿瘤医院 1. 腹外科 2. 胸外科 3. 普内科, 河北 保定 071000)

摘要:笔者自1999年起采用“分束结扎脾蒂法”行脾切除33例(A组),术后监测体温变化情况、脾蒂有无胰腺组织以及血、尿、腹腔引流液淀粉酶(AYM)等指标,并与同期26例行传统的集束脾蒂结扎脾切除(B组)者作对比较。结果示两组术后3d内发热率无差异,3d后A组体温明显低于B组($P < 0.01$);A组血、尿及腹腔引流液AYM均明显低于B组。提示采用“分束结扎脾蒂法”可减少对胰尾损伤,使脾热的发生率明显下降,可减轻脾切除术后病人的痛苦、减少住院时间及费用。

关键词:发热/预防与控制;脾切除术/方法;手术后并发症/预防与控制

中图分类号:R657.6;R639

文献标识码:B

脾切除时易损伤胰尾,且脾切除术后持续性发热(脾热)是脾切除术后常见的并发症之一,众多原因中胰尾损伤因素不可忽视。笔者采用“分束结扎脾蒂法”^[1]行脾切除,可减少或不损伤胰尾,在预防和减轻脾热中有重要作用。

收稿日期:2006-02-17; **修订日期:**2006-08-19。

作者简介:王建中,男,河北保定人,河北省保定市第三医院/肿瘤医院主任医师,主要从事腹部外科方面的研究。

通讯作者:刘鸿章 E-mail:liuhongzhang1@haoyisheng.com.cn。

3.1.3 肝胆管狭窄成形和/或胆肠吻合术 肝胆管结石并存的胆管狭窄可位于各级肝胆管,只有矫正狭窄才能达到通畅引流的目的。20世纪70年代建立了跨过肝门部胆管狭窄环的广口胆管肠吻合解决了肝门部胆管狭窄的引流问题。20世纪80年代提出广泛切开一至三级肝胆管狭窄环,经成形后建成肝胆管盆,进一步解决了三级以下高位肝胆管狭窄的引流方法问题。成型后用带蒂胆囊瓣或空肠瓣修复肝胆管盆成形后肝胆管前壁的巨大缺损。对此,笔者采用一段空肠与成型的肝胆管盆吻合以修补缺损。这样既达到成形后修补又为今后治疗提供了条件。空肠段有规律的蠕动,且其收缩舒张力强,不但可推动胆汁顺利地向下排泄,还可挤压胆管下端的小结石向下经肠道排出。由于这种泵样作用,游离空肠段不会出现淤积现象,而且胆道内放射性同位素排空时间比手术前显著缩短^[6]。

3.1.4 肝移植手术 肝胆管结石可合并反复发作的急、慢性胆管炎,胆管狭窄、梗阻、胆汁淤积,造成肝实质损害,纤维组织增生,进一步发展为胆汁性肝硬化及门静脉高压症。此时治疗非常困难,预后极差,肝移植手术是绝对适应证。

3.2 术后综合处理

常用方法有溶石排石疗法,包括中医中药排石;而最常用、最重要的是纤维胆道镜取石,其结石取净率可高达

1 临床资料

1.1 一般资料

本组行脾切除共59例,按脾蒂处理方法分为2组:(1)分束结扎脾蒂法组(A组),33例。男25例,女8例;年龄19~66岁。包括肝硬化20例(伴脾亢11例,胃底食管静脉曲张5例),肝功能Child A级11例,B级9例;脾外伤(II~III级)10例;胃癌侵及脾脏2例;脾结肠肠癌侵及脾脏1例。(2)集束脾蒂结扎法处理组(B组),26例。男19例,

94%左右^[7]。在纤维胆道镜取石中又有经十二指肠乳头、经T管窦道、经皮经肝、经皮下盲祥胆道镜取石等方法。皮下盲祥胆道镜取石的特点在于,一旦肝胆管出现问题,仅需切开盲祥皮肤,快速进入皮下盲祥及肝胆管;用胆道镜或手指处理,无需开腹。肝门部胆管成型,空肠祥皮下埋置术可提供这样一种快捷方便的通道。本组结石复发的2例,使用经皮下盲祥胆道镜取石,效果良好。随着诊断治疗技术的进步,该术式可望得以广泛应用。

参考文献:

- [1] 黄志强. 肝胆管结石:治疗观念上的变迁[J]. 中国普外基础与临床杂志,2000,7(2):65.
- [2] 耿小平. 胆管结石的外科问题与对策[J]. 肝胆外科杂志,2002,10(1):1-2.
- [3] 李蕊,米曰堂,李学华,等. 两种肝门胆管成形胆道重建手术疗效的对比[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(1):13-15.
- [4] 祝学光. 肝胆管结石残留问题的研究现状及展望[J]. 中国实用外科杂志,2000,20(9):561-563.
- [5] 窦科峰,李海民. 肝胆管结石的综合治疗与个体化处理[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(2):70-72.
- [6] 徐智,张能维,王立新,等. 皮下通道型肝胆管狭窄成型术与肝切除治疗肝内胆管结石的疗效评价[J]. 中华普通外科杂志,2003,18(12):717-718.
- [7] 刘金刚,余云. 胆道术后残余结石及再生结石的内镜治疗[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(2):97-98.

女7例;年龄21~64岁。包括肝硬化15例(伴脾亢7例,胃底食道静脉曲张5例),肝功能Child A级9例,B级6例,伴脾亢3例,胃底食道静脉曲张2例;脾外伤(II~III级)6例;胃癌侵及脾脏3例;脾曲结肠癌侵及脾脏2例。

围手术期均应用抗感染药物预防感染,纠正贫血,监测血小板,预防性抗血小板聚集处理。59例均无出血。

1.2 手术方法

一般采用左肋缘下切口或左侧经腹直肌切口。先常规离断结扎脾胃韧带、脾结肠韧带、脾膈韧带、脾肾韧带,游离托出脾脏。A组病例于脾门处将胰尾略行分离推移,置拇指于脾蒂前面,食指在脾蒂后面,可触知一间隙,即介于脾上下级血管之间的空隙(二级脾蒂间隙)。解剖游离该间隙,上、下脾蒂各安置2把血管钳,分别予以离断结扎、缝扎,然后切下脾脏^[1]。B组病例行常规3把脾蒂钳夹脾蒂,在靠近脾门的两把脾蒂钳之间切断脾蒂切除脾脏^[1]。术中仔细检查创面彻底止血,置脾窝引流管充分引流。

1.3 监测指标

(1)监测病人术后腋下体温每日4次,按最高一次作比较,以37.3℃以上为发热^[2],对应测量体温并记录(14d);(2)脾蒂组织学检查(HE染色法)观察有无胰腺组织;(3)采用速率法分别行术后第5小时及1,1.5,2,3,4……14d血、尿及脾窝引流液AYM检测(AYM不高者检测3d,AYM升高者

检测至正常后追加1d)。

2 结果

2.1 两组病例术后不同时间发热率、平均体温比较

术后3d内A组、B组体温均有明显升高,但A组发热率及平均体温低于B组,但差异无显著性($P > 0.05$)。A组术后引流物少,相对拔管时间早,术后恢复亦佳,两组术后3~7d及7~14d发热率、平均体温比较,A组明显低于B组,差异有显著性(均 $P < 0.01$)(表1)。

2.2 两组血、尿、脾窝引流液AYM测定与脾蒂组织学相关性比较

A组在术后2~3d脾窝引流管无引流物而拔除,B组于术后4~5d脾窝引流管无引流物而拔除。两组病人术后血、脾窝引流液及尿AYM检测:A组血AYM在26~100U/L,尿AYM在24~120U/L,脾窝引流液AYM在18~89U/L;B组血AYM在84~964U/L,尿AYM在102~1048U/L,脾窝引流液AYM在68~840U/L,两组对比差异均有显著性(均 $P < 0.01$)(表2)。脾蒂组织学检查报告30例(90.9%)无胰腺组织,3例(9.1%)含胰腺组织;B组11例(42.31%)无胰腺组织,15例(57.69%)含胰腺组织。B组胰尾损伤率显著高于A组($P < 0.05$)。

表1 术后3d,3~7d,7~14d内平均体温、发热率比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	术后3d内		术后3~7d		术后7~14d	
		平均体温	发病率($n, \%$)	平均体温	发病率($n, \%$)	平均体温	发病率($n, \%$)
A	33	38.6±1.87	30(90.90)	38.1±1.04	17(51.50)	38.0±1.20	7(21.20)
B	26	39.1±1.57	25(96.15)	39.3±1.10	24(92.00)	39.2±1.34	20(76.92)
P		>0.05		<0.01		<0.01	

表2 术后血、尿、引流物淀粉酶比较($\bar{x} \pm s$)(U/L)

分组	例数	血AYM	尿AYM	引流物AYM
A组	33	46±18.69	51±16.42	22±13.36
B组	26	262±19.93	596±16.84	321±12.86
t值	-	42.80	125.16	86.75
P值	-	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

脾脏是人体最大的淋巴器官,具有滤过、造血、免疫和调节作用。脾切除术后发热率明显高于其它腹部手术,且有的持续时间长、温度高。常见致脾热因素有:(1)门脾静脉血栓形成及脾窝积血、积液或感染是主要因素^[3];(2)非感染性因素;(3)肝血灌注压下将产生肝细胞功能变化致热等。作者对比不同脾蒂处理方法术后患者体温变化情况,分束结扎脾蒂结束法行脾切除,可有效减少胰尾损伤,对防止或减轻脾热有重要意义。

减轻脾切除术后发热的体会胰腺位于腹膜后,胰尾指向脾门,两者关系密切;脾动脉绝大多数发自腹腔动脉,走行于胰腺背侧上部,分为4段:胰上段、胰段、胰前段及脾门段。脾门段血管继续分支进入脾脏,30%距脾门0.6~2cm分支,70%距脾门2.1~6cm分支^[4],其分支可在紧靠脾门处用手指触知一个间隙(二级脾蒂间隙),两侧分支血管即“二级脾蒂”^[5]。处理脾蒂时最容易损伤胰尾而致术后胰漏^[6],尤其是集束脾蒂结扎法,而“分束脾蒂结扎法”处理脾

蒂时可避免损伤胰尾,防止胰漏,从而减轻了脾热^[1]。

笔者通过对两组病例术后发热时间长短和高低的临床对比观察,结合检测血、尿、引流物淀粉酶及脾蒂组织学检查认为,胰尾损伤致胰腺局部炎性反应,或胰腺组织内胰液及其酶类入血或/和渗出到脾窝可刺激机体炎性反应,可导致脾热程度较高及持续时间较长。因此,为预防或减轻脾热,在避免其它因素同时,可采取分束结扎脾蒂法^[1,5],以保护胰尾不受损伤,这样可明显减轻脾切除术后病人的发热、减少住院时间及费用。

参考文献:

- [1] 王建中,刘岩,勾振堂,等.分束结扎脾蒂法预防脾切除术后脾热例34分析[J].中国普通外科杂志,2003,12(12):950-951.
- [2] 欧阳钦.常见症状[A].见陈文彬.诊断学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.14.
- [3] 朱雄伟,陈刚亮,王强,等.门静脉高压症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(02):731-733.
- [4] 陈维佩,韩殿冰.脾脏的血管解剖与保脾手术[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):710-712.
- [5] 彭淑牖,彭承宏.避免胰尾损伤的巨脾切除术[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):758-759.
- [6] 房献平,陈显玉.巨脾切除术的操作问题[J].中国实用外科杂志,1999,19(12):756-757.