维普资讯 http://www.cqvip.com

内环处腹横筋膜或纤维瘢痕组织缝合6～8针，再将网片平坦置于精索后方，并与周围组织固定数针，最后按解剖结构层次缝合腹外斜肌腱膜，皮下及皮肤。

二 治疗结果

手术时间40～100 min，平均58.2 min，术后6～16 h开始进食，术后5～9 d出院，本组16例病人无切口感染、阴囊水肿、积血、积液等并发症，切口均1期愈合。术后随访1～15个月，无一例复发，随访率100%。

三、讨论

传统疝修补术其复发率不一，一般在10%～15%左右，再修补术后复发率则更高，可达20%～30%左右[1,2]。有关传统疝修补术后复发机理，Peacock[3]认为后天性腹股沟疝病人是因为胶元代谢缺陷导致了腹横肌或盆肌筋膜的病理性缺损。加之传统疝修补术为了加强腹壁、修复缺损，而将不同组织结构和解剖层次的两者强行缝合一起，其后果势必局部组织和缝线张力过高，可能产生组织撕裂、缝线断裂，最终导致腹壁再度缺损而复发。

复发性腹股沟疝因其可能存在的病理性缺损及既往手术对腹股沟管区域的破坏，如再采用传统方法修补，不可能很好地加强腹壁、修复缺损，恢复腹股沟管结构，加之修补后张力的存在，因而再复发率明显增高。而采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝，因使用网塞填充疝环的形式修补缺损，其突入腹腔的部分有分散腹内压的作用，再用网片平整地放置于精索的后方以修补加强腹股沟后壁，且其网眼允许组织长入，并富有弹性，从而真正达到修补缺损、加强薄弱区域的目的。因此其再复发率明显降低。Shulman[4]采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝的再复发率仅为1.6%，明显低于传统手术的再复发率。本组16例复发性腹股沟疝病人经采用网塞填充式无张力疝修补术治疗后，随访1～15个月均无复发。因此，本文认为采用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝是目前最理想的术式。

复发疝的再手术由于正常解剖结构的改变，手术难度加大，本文认为应由有经验的医师施行。耐心细致地解剖分离，恢复确认原正常的解剖层次，找到疝囊是手术成功的关键。根据本组资料，运用网塞填充式无张力疝修补术治疗复发性腹股沟疝应注意以下问题：①围手术期使用抗菌素，手术中尽量切除瘢痕及异物，预防切口感染；②找到疝囊后一定要游离疝囊至高位内环口处，以便腹腔外之疝囊能被完整内翻入腹腔；③网塞一定要放置准确、为保证网塞最佳形状、预留内翻的疝囊要够大，横断疝囊及缝合近端应距内环口4cm左右为佳，与内环口处缝要确切，针距应稍密，通常6～8针为宜；网片平整置于精索后勿皱褶并固定，仔细关闭补片让精索通过的裂隙；④尽量恢复解剖层次结构，逐层确切缝合。

参 考 文 献

1. Berliner S, Burson L, Katz P, et al. An anterior transversalis fascia repair for adult inguinal hernias. Am J Surg, 1978, 135(5): 633
2 Thieme ET. Recurrent inguinal hernia. Arch Surg, 1971, 103(2): 238.
3. Peacock EE. Internal reconstruction of the pelvic floor for recurrent groin hernia. Ann Surg, 1984, 200(3): 321.
4. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The "plug" repair of 1402 recurrent inguinal hernias 20-year experience. Arch Surg, 1990, 125(2): 265.

(收稿：2001-05-28)

门脉高压症巨脾切除术的体会

姚伯元* 刘荫虎* 张金泰*

门脉高压症手术治疗中行血管分流手术和/或贲门血管离断术意见虽尚未统一，但术中行脾切除适应症已明确、手术死亡率已明显降低，但广泛血管粘连性的巨脾切除仍相当困难、处理不当合并出血比较凶险。本文就22年以来本院行困难的脾切除的临床资料分析报告如下。

一、临床资料

1.一般情况：1978年6月至2000年6月，本院普外科手术治疗肝硬化所致门脉高压症486例，男353例；女233例。年龄26岁至67岁，平均年龄46岁。肝功能按照Child分级：A级253例，B级176例，C级479例。分流手术237例、断流术217例，分流加断流术18例，脾切除加冠状血管缝扎术14例，术中均行脾切除术，其中广泛粘连巨脾切除64例，其中脾后动脉小或固定43例，腹壁静脉曲张21例，叩诊脾区疼痛21例，脾稍大而质硬18例，B超显示脾增厚伴脾周围炎25例，CT示脾被膜增厚。螺旋CT示脾的血管明显迂曲增粗，后腹膜区血管开放性增粗119例。

2.方法：64例中选左上复直切口12例，左上腹"L"型切口48例，术中改为胸腹联合切口4例，术中探查确定脾周围广泛血管粘连后首先游离脾尾和脾蒂18例，术中行脾动脉结扎12例，术中开胸并切除部分膈肌2例，脾被膜内切除4例，术中出血量最多1200 ml，最少400 ml。

二、结果

* 作者单位：300120 天津市第二中心医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

术后合并膈下感染8例，胰瘘2例，胃瘘1例，本组无手术死亡。

三、讨论

1. 术前应重视对广泛血管粘连性巨脾的检查：在门静脉高压症病人中对病程、脾区疼痛、低烧合并脾周围炎病史要警惕脾切除困难性。当体检时，对临床称之为"小脾""硬脾"；活动度差或固定、所谓"脾索"的病人更应引起重视，如果"B"超或CT提示脾周围处有周围血管迂曲、增粗的影象，常对术前估计手术的困难有所帮助。本组术前25例"B"超图像和11例CT影象均有明确提示。

2. 切口的选择和腹部万向自动牵开器的应用：困难性脾切除切口选择常关系到手术的难易和成败，常用的为①左上腹经腹直肌纵切口，②左上腹斜切口，③胸腹联合切口。本文认为直切口虽对进腹操作简便、迅速、对腹壁组织损伤小，但对肝硬化、门脉高压症中巨脾周围血管广泛粘连病例手术视野暴露、解离常不便，术中常需要加延横切口呈"ㄣ"型，近几年基本不采用。左上腹斜切口对术野暴露充分，解离脾周围粘连三韧带简便。切口自剑突右缘开始延左肋缘下2～3cm斜形直至腹直肌外缘，再向下至脐下2cm，如"ㄣ"型，该切口能充分暴露左膈下及食管下段，对脾膈韧带血管广泛粘连解离甚为方便。胸腹联合切口常用于脾上极与膈肌广泛粘连无法剥离或剥离中出血较多，难以控制时。本组4例因出血较多在全麻下改用此切口，1例行膈肌部分切除，该切口虽能充分暴露手术视野但损伤较大、术后对呼吸循环有一定影响，现在已很少采用。近几年本院在行脾切除前，使用腹部万向自动牵开器可使左肋弓缘外翻，能使脾上极及胃底膈肌充分暴露，手术视野暴露较好、方便手术操作，建议广泛推广使用。

3. 手术操作的几点体会：(1)分离脾周围血管粘连应掌握先易后难、先浅后深的原则。在肝硬化门脉高压症的困难脾切除术中进腹后常发现脾周各韧带、侧后腹膜和膈肌血管的侧支循环极其丰富，或因脾周围炎而使脾活动度差、游离困难，应尽可能先将胃结肠韧带、脾胃韧带、脾结肠韧带游离，充分显露胰尾及脾蒂血管，分离脾周围粘连时先分离脾与前腹膜、侧腹膜和后腹膜的粘连，对较深的脾上极脾肾及脾膈韧带最后分离。(2)困难脾切除减少出血的方法。为防止术中分离时出现难以控制的大出血，应先充分游离胰尾和脾蒂。操作方法：延胰尾下缘切开后腹膜，用剥离钳延胰背面疏松组织，向上细致做钝性分离至胰上方，在无血管区穿出后腹膜，用胶管或10号粗丝线将胰尾和脾蒂一起结扎，待脾切除时分别处理、结扎脾动、静脉，然后再松开取出结扎线，这一方法可有效减少分离脾周围粘连组织血管的出血。本组64例中有26例采用这一方法；或在结扎脾动脉后在其远侧端注入肾上腺素0.5ml，以利脾脏血液回流，使脾脏缩小，便于手术切除。但当脾动脉位置较深、且操作不当，易损伤脾静脉，造成出血，使脾—肾静脉分流术被迫放弃，同时因控制出血的效果不如脾蒂结扎效果好，故可不做为常规手术方法。(3)广泛粘连的脾切除的手术关键，是脾肾及脾膈韧带的分离切断。术中该区域自身门—体分流已建立，丰富的侧枝循环常是怒张的血管，强行分离容易引起大出血，难以控制，使脾上极的游离及脾的搬出困难，强行搬出又往往造成更进一步出血，使手术操作更为棘手。作者的体会是：①先延脾下极充分游离脾结肠韧带，将结肠脾区游离拉向右下方，将脾下极游离或提出切口，直视下再自下向上分别钳夹切开脾肾韧带。暴露脾膈韧带后术者右手插至膈下，握住脾上极及脾的膈面，自上向右内下，以均匀牵拉翻转将脾托至腹部切口，助手迅速将热盐水沙垫填塞脾窝，压迫止血，防止脾滑向脾窝，在直视下切断剩余的脾胃韧带中的胃短血管和脾膈韧带。②如脾上极的脾膈韧带固定，脾托出困难，分离困难，出血较多，则采用脾上极包膜下切除法，沿粘连边缘切开脾被膜，在被膜下快速钝性分离，将血管广泛粘连的被膜残留在膈肌上，以热盐水沙垫压迫止血，采用此法避免了开胸和损伤膈肌，减少了出血，缩短了手术的时间。(4)脾切除术后脾床残留面的处理。脾切除后要重视胰尾、后腹膜残面以及胃底大弯深处的处理，胰尾部分切除后仔细缝合残面以避免胰瘘，本组2例未经仔细处理胰尾残面而发生胰瘘，实为教训。后腹膜的脾肾韧带切开，创面应仔细缝合止血，以免术后渗血较多引流不畅造成膈下感染。胃底大弯裸区的胃底血管结扎处，脾切除后应仔细检查，必要时重新缝合结扎，本组术后并发胃血管出血1例。胃大弯瘘1例，应引以为戒。(5)血液回收机的应用。困难的脾切除术中可能出血较多、巨脾存留血较多。采用国产rpd－2000型血液回收机，一般术中可回收500～1000ml血，减少了异体输血，减轻了患者经济负担，应积极开展。

虽然脾切除术在国内各基层医院普遍开展，但对困难的脾切除应重视术前估价，切口的设计、输血的充分准备、预防术中大出血、重视胰尾和脾蒂的处理，直视下由易而难、由浅而深的脾周围韧带的处理，是应该遵循的原则。

参 考 文 献

1. Bengmark S, Borjesson B, Jaelsson B, et al. Subcutanent transposition of the spleen: a method for treatment of complications in portal hypertension. Ann Surg, 1979, 189(1): 75.

2. 姜洪池，乔海泉. 我国脾脏外科的现状与展望. 中国实用外科杂志，1999，19(1)：22.

(收稿：2001-07-02)