DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.05.040

参 考 文 献

1. 杨舒平 齐 晶。SAGS红细胞悬液的实验研究。中国输血杂志 1988；1(1)：19
2. 柏乃庆。血液保存。上海：上海科技出版社，1979：185
3. 肖星甫。成份输血。中国输血杂志 1988；1(3)：140
4. Hogman CF, Akerblom O, Hedlund K, et al. Red cell suspensions in SAGM medium: further experience of in vivo survival of red cells, clinical usefulness and plasma-saving effects. Vox Sang 1983；45(3)：217

(收稿：1990.10.18；修回：1991.07.13)

脾次全切除加断流或分流术治疗肝炎后肝硬化、脾肿大的体会

蔡志民 马宏敏 李晓阳 (第三军医大学西南医院 普外科) 630038

我院自1988年9月～1990年7月采用了脾次全切除加断流或分流术治疗肝炎后肝硬化、充血性脾肿大病人15例，近期疗效满意，现将如何选择病例和手术操作要点体会报道如下。

1 临 床 资 料

本组男13例、女2例，年龄18岁～59岁，平均37.6岁。有肝炎后肝硬化病史3年～12年，乙肝表面抗原阳性12例；有食道静脉曲张11例，其中有消化道出血史4例；有腹水史9例，其中手术时仍有少量腹水者2例。脾大Ⅰ～Ⅱ级11例，Ⅲ、Ⅵ级4例；肝功能中，全部病例谷丙转氨酶均正常，属肝功能Ⅰ级13例，Ⅱ级2例。本组采用持续硬膜外麻醉14例，全麻插管1例；上腹正中切口或正中旁切口14例；左肋缘下切口1例，全部病例均在进腹后经胃网膜右静脉置管测门脉压，并在做了脾动脉结扎后行脾次全切除术，其中附加断流术14例，肠腔端侧分流术1例。术后并发膈下感染1例，经穿刺引流治愈。全部病例均治愈出院。

2 讨 论

2.1 手术指征

本组病例均为肝炎后肝硬变，门脉高压伴脾亢者，选择脾次全切除的指征是肝功能Ⅰ～Ⅱ级者13例，Ⅲ级2例；谷丙转氨酶3个月内基本正常；凝血酶元时间低于或等于正常5s之内（正常值14s）；术前无黄疸，术前有少量腹水或中量腹水经治疗基本消失。本组病例均为青壮年人，年龄控制在60岁以下；心肺功能及全身营养状况良好，脾脏大小不是确定该术式的指征。若病人肝功能差，肝硬变严重，或脾次全切除术后门脉压已降到2.943kPa以下者则作断流术。若病人在50岁以下，肝功能较好，探查肝硬变不严重，行脾次全切除术后门脉压仍高于2.943kPa者，可加作肠腔静脉端侧分流术，分流术后仍要作断流，防止术后食道静脉曲张再出血。

2.2 手术操作要点

2.2.1 麻醉及切口：本组采用硬膜外麻醉14例，均顺利完成了手术，因该组病例术前无脾区疼痛史，查体时脾脏活动度有一定范围，故术前估计脾周粘连的可能性不大。全麻对于肝炎后肝硬变、脾肿大患者肝功能有一定的影响，主要原因是此类病人肝功能差，麻醉药物在体内代谢排泄慢，手术后病人苏醒慢、且加重肝功损害，故要慎用。手术切口一般采用正中或正中旁切口。因为进腹后先结扎脾动脉，脾脏逐渐变软、变小，术前脾大Ⅲ级可以缩小为Ⅱ级故正中切口可以顺利完成大部分手术。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2.2 进腹后先后测4次门脉压。取60cm～80cm长，直径2mm～3mm硅胶管一根，插入胃网膜右静脉到门静脉内。先测自由门脉压，随后用肝素生理水冲后夹住。行脾动脉结扎后，脾次全切除、断流或分流术后分别再各测1次门脉压，术中从门脉压力变化可以判定减压疗效和确定附加手术方式。

2.2.3 结扎脾动脉：从胃大弯左侧切断脾胃韧带和胃结肠韧带，在胰腺上缘寻找脾动脉，距脾门5cm内双重结扎。因有脾侧支循环存在，不会造成脾次全切除后残脾供血不足现象。脾动脉结扎从而使脾血流量明显减少，脾体积减小，不仅便于手术操作，而且防止搬脾时引起大出血的危险性。

2.2.4 脾次全切除的步骤与方法：切开脾肾韧带后叶，在脾与膈肌、腹膜无粘连情况下沿脊柱顺时针方向搬脾。用大纱布垫填满脾窝，然后切断脾胃韧带上极，胃侧血管缝扎止血，勿损伤胃壁。保留残脾有3个部位（脾上极、脾下极和脾门部组织）。巨脾伴食道静脉曲张者应保留脾门部组织。脾不太大有食道静脉曲张者保留脾下极。并注意保留脾下极血管和脾结肠韧带血管。若无食道静脉曲张者，可以保留脾上极。脾次全切除时，手术者用手术控制脾门血管，助手楔形切脾，凡切面上所遇血管均应一一缝扎，残脾切缘应用4号丝线间断缝合，注意不留死腔。最后将脾脏固定于原脾床壁层腹膜上，防止脾蒂扭转[1]。保留残脾重约100g，体积约为正常脾的2/3～3/4。脾次全切除完成后，于脾窝内放置管腔内径0.5cm，长1m血浆管一根引流，引流管从左侧腹戳另创引出。本组病例，保留脾门部组织2例，保留下极脾12例，保留上极脾组织1例。无论保留那部分脾组织，一定要保留住脾静脉否则血液回流受阻，我们曾遇两例残脾血流受阻被迫做了全脾切除的教训。

2.2.5 附加断流或分流术。15例中，14例做门体断流术，1例肠系膜上静脉、下腔静脉端侧吻合术。在做断流术时，我们采取了类似高选迷切术方法，切断结扎胃左动脉、静脉到胃上的分支，注意保护胃迷走神经前后主干及鸦爪支。上面分离到食道下段至贲门5cm。并在“希氏”角处处理曲张之血管。使食道下段充分游离，手术中将胃小弯侧游离区腹膜化。我们体会，此法可避免以往大块结扎小弯侧血管组织造成的迷走神经干损伤致术后胃张力减低，胃潴留。术组病例中1例做了肠系膜上与下腔静脉分流术。

2.2.6 术中注意事项：

2.2.6.1 如遇粘连脾，保留上极较安全，避免搬脾时创面出血，残脾可不必固定。

2.2.6.2 脾动脉暴露困难，可考虑近脾门处分次结扎脾动脉分支，注意保留脾静脉分支数支、脾动脉分支数支到残留脾的血管，防止保留残脾坏死。另外勿损伤胰腺组织。

关键词 肝炎；肝硬化；脾肿大

参 考 文 献

1. 冉瑞图 钟大昌 邓承祺。脾脏外科。北京：学术期刊出版社，1989：147～150

（收稿：1990.11.16；修回：1991.03.15）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net