

食管、贲门癌切除术中脾损伤的处理及预防

李保东

关键词:食管癌;贲门癌;手术;脾;损伤

中图分类号:R735.1;R735.56 文献标识码:B

文章编号:1000-8578(2002)02-0000-01

食管癌、贲门癌切除术中常因麻醉效果不佳、牵拉暴露等原因造成脾损伤。自 1988 年 9 月~2000 年 12 月,我院共行食管癌、贲门癌切除术 1671 例,其中术中脾损伤 22 例,发生率为 1.32%。现就食管癌、贲门癌切除术中脾损伤的原因、处理及预防措施进行探讨。

1 临床资料

本组 22 例,男 13 例,女 9 例。年龄 49~72 岁,平均 59 岁。食管中、下段癌 15 例,贲门癌 7 例,其中进展期贲门癌 5 例,早期贲门癌 2 例。手术方式:食管中段癌均行左颈、右胸、上腹正中三切口,食管下段癌及贲门癌行左胸后外侧切口。麻醉效果:麻醉效果良好 18 例,麻醉效果欠佳 4 例。脾被膜撕脱伤 16 例,脾门前裂伤 6 例。行脾缝合或修补 10 例,电凝止血 2 例,脾动脉结扎 3 例,脾切除 7 例,术中无 1 例死亡。

2 讨论

食管癌、贲门癌切除术中脾损伤为脾被膜撕脱伤及脾门区裂伤,往往是由于术中麻醉效果欠佳、暴露术野困难,拉钩误伤或术者操作不当所致。根据本组资料分析,术中脾损伤的常见原因有:游离大网膜及横结肠系膜时,对结肠牵拉过度,使脾结肠韧带附着处的脾下极被膜撕脱;切断、结扎脾上极的脾胃韧带,因韧带较短,用大血管钳夹时易损伤

脾上极被膜;在结肠脾曲游离大网膜起始部,用大拉钩牵开左上腹,常因用力不当导致脾门区前的脾裂伤;术中麻醉效果欠佳,暴露术野困难,利用拉钩牵开结肠等以充分暴露手术野,而致脾损伤。

食管癌、贲门癌切除术中,由于术者操作不当致脾损伤多为脾撕脱伤或挫裂伤,伤口小、深度较浅,多位于脾上、下极。脾脏具有免疫、抗癌功能^[1],脾切除后患者易发生严重爆发性感染,病死率极高^[2]。因此,对于是否行脾切除术,应根据肿瘤分期、脾损伤程度、脾有无病变等因素综合考虑而定。脾被膜裂伤不超过 1cm,有少量活动性出血,可行单纯缝合或修补术,若伤口表浅也可电凝止血。脾损伤范围较大,裂口较深或损伤部位暴露欠佳,可行脾动脉结扎。由于脾脏具有抗癌双相性和时相性。早期贲门癌,脾损伤时应主张保脾;进展期贲门癌则主张切脾^[3]。脾损伤严重,多处撕裂伤,脾被膜和实质均损伤或经积极处理后,出血仍得不到有效控制,出血量 >200ml,应行脾切除术。病脾、巨脾或既往有上腹部手术史,应考虑脾切除术。

医源性脾损伤重在预防^[4]。良好的麻醉效果、手术切口充分显露及细致的手术操作是预防脾损伤的关键。我们的

体会是:术中应确保良好的麻醉效果;

食管中段癌行三切口,胸、腹两组同时进行,若患者肥胖或脾胃韧带过短,游离胃或既往有上腹部手术史,在游离左半结肠时,均极易损伤脾,为此胸组手术可暂停,以协助腹组暴露切口,游离胃或结肠;食管下段癌及贲门癌左胸后外侧切口,切开膈肌游离胃,切口位置偏上或体型瘦长,易损伤脾,此时可去掉切口下的一根肋骨,同时扩大膈肌切口,以充分暴露手术视野;游离大网膜左侧起始部时,先显露结肠脾曲,切断脾结肠韧带,沿胰腺下缘分离至横结肠,可避免牵拉脾结肠韧带而致脾被膜撕脱伤;结扎胃短血管,打结手指尖不可顶在血管钳上,而要顶在线结上;术中术者应操作细致,用力适当;关腹前应常规检查脾是否有损伤。

参考文献:

- [1] 阎波,包炎毅,卢爱国,等. 原位包裹脾修补术治疗脾外伤 10 例[J]. 中华外科杂志,1999,37(3):191.
- [2] Delany HM, Rvdavsky AZ, Lan S. Preliminary clinical experience with the use of absorbable meshes plerorrha phy[J]. J Trauma, 1985, 25(7):909-913.
- [3] 陈国林,薛英威,王凤君,等. 从胃淋巴瘤流向动态规律看胃癌根治术时脾切除的意义[J]. 实用肿瘤学杂志,1999,13(1):40-41.
- [4] 乔海泉,姜洪池. 我国脾外科新进展[J]. 临床外科杂志,1998,6(1):10-12.

(李奇明校对)

收稿日期:2001-05-28;修回日期:2002-07-19

作者单位:453002 河南省新乡市第二人民医院