

脾良性病变患者选择脾脏全切与部分切除的效果比较

董智超

肇东市人民医院,黑龙江 肇东 151100

【摘要】 目的 观察比较脾脏良性病变患者选择全脾切除术与部分切除治疗的效果。方法 选取 2019 年 12 月~2020 年 12 月期间我院收治的脾脏良性病变需要手术治疗患者 86 例为本实验研究对象,采用计算机随机取样分组的方式,将收治患者平均分为对照组($n=43$)以及实验组($n=43$)。所有患者均进行腹腔镜下手术,对照组患者选择全脾切除术,实验组患者选择脾脏部分切除术。对患者手术时间、术中出血量等以及术后 4d 血小板情况、住院时间、并发症发生情况进行比较。结果 全脾切除术患者与脾部分切除患者在手术时间、出血量以及住院时间对比差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 4d 实验组患者血小板水平显著低于对照组,对比差异有统计学意义, $P<0.05$;术后并发症发生情况实验组明显低于对照组,对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论 针对脾脏良性病变患者,选择腹腔镜部分脾脏切除术进行治疗可有效规避术后患者血小板增高,并发症发生率低,具有临床推广应用价值。

【关键词】 脾良性病变;脾脏全切;部分切除

脾脏,是人体内最大的外周淋巴器官,内含大量的淋巴细胞、吞噬细胞、浆细胞,能产生免疫球蛋白、补体、调理素等免疫成分,具有稳定、平衡机体免疫功能的作用和强大的抗感染抗肿瘤的能力,在保证人们体积健康中发挥重要的作用。腹腔镜脾脏完全切除术已经被广泛应用,随着腹腔镜技术的不断成熟,腹腔镜脾脏部分切除术也逐渐被发展。针对脾脏良性病变,手术切除脾脏为临床应用广泛的治疗手段,但越来越多的研究表明,全脾切除术后患者出现血小板增高症以及免疫功能异常的概率较高,为此,有学者提出在治疗患者脾脏疾病过程中保留部分脾脏,并维持脾脏的正常生理功能,在手术中对患者进行脾脏部分切除治疗^[1],为分析部分切除脾脏治疗良性病变的效果,本研究开展分组对照实验,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 12 月—2020 年 12 月期间,我院收治的脾脏良性病变需要手术治疗患者 86 例为本实验研究对象,采用计算机随机取样分组的方式,将研究对象按照 1:1 的比例,分为对照组($n=43$)以及实验组($n=43$)。对照组男患者 13 例,女患者 30 例;患

者最小年龄 23 岁,最大年龄 68 岁,平均年龄为(39.81 ± 10.63)岁,脾脏肿物平均直径(5.17 ± 2.35)cm。实验组男患者 14 例,女患者 29 例;患者最小年龄 22 岁,最大年龄 70 岁,平均年龄为(39.68 ± 10.99)岁,脾脏肿物平均直径(5.23 ± 2.31)cm。两组患者一般资料经统计学方法处理,结果显示差异不具备统计学意义($P>0.05$),可以进行分组比较。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①诊断明确,需要进行手术治疗患者;②生命体征平稳;③患者及患者家属知情同意并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ①脾脏恶性肿瘤性疾病患者;②合并凝血功能障碍、造血功能异常等血液系统疾病患者;③脾脏手术禁忌症患者;④妊娠期、哺乳期女性患者。

1.3 方法 患者入组后,完善相关临床检查,所有患者手术前,血常规检查各项数值均在正常范围内,所有患者均进行脾脏 CT 平扫及脾脏 CTA 检查,明确脾脏肿块位置、大小、以及脾脏周围组织关系,明确脾门血管的分支类型等各项数据^[2]。患者接受腹腔镜手术,对照组患者进行脾脏全切术,实验组患者进行脾脏部分切除术。麻醉方式选择为全身麻醉,体位选择为右倾体位,

主刀站在患者右侧。脐部建立压力在 12~14mmHg, 在剑突下、左侧腋前线肋缘下分别做 1cm 操作口。对对照组患者进行全脾切除术, 镜下对脾脏周围组织进行分离, 结扎血管, 切除脾脏后, 经扩大脐部切口取出。实验组患者进行脾脏部分切除, 内镜直视下, 利用超声刀切断脾脏周围韧带, 注意保护残留脾脏的固定韧带以及血管。对脾门处血管进行分离, 根据切除部位结扎相对性的供血血管, 沿脾脏表面缺血线离断脾脏, 对断面进行止血处理, 观察残余脾断面颜色, 创面出血可以进行电凝止血、覆盖纱布止血等方法处理, 取出切除脾脏, 术后常规对患者进行抗感染、生命体征检测等处理。

1.4 观察指标 对两组患者手术相关指标进行统计和比较, 包括: 手术时间、术中出血量等; 术后 4d 对患者血小板情况进行测定; 对患者住院时间进行统计; 对术后不良反应发生情况进行对比。

1.5 统计学方法 利用统计学软件 SPSS 29.0 软件对研究中数据进行处理, 以保证其具有科学性和准确性。本研究计量资料采用($\bar{x} \pm s$)进行表示, 为验证其是否

具有统计学意义, 进行 t 检验; 计数资料采用进行表示, 为验证其是否具有统计学意义, 进行 χ^2 检验。以差异 $P < 0.05$ 为存在统计学意义。

2 结 果

2.1 全脾切除术患者与脾部分切除患者手术相关指标及血小板指标比较 所有患者均顺利完成腹腔镜脾脏切除手术, 术中无胰腺损伤、大出血等并发症, 术后恢复良好。实验组患者手术时间(208.96 ± 22.54 min)与对照组(213.15 ± 20.64 min)对比差异无统计学意义($P > 0.05$); 实验组患者术中出血量(260.15 ± 153.67 ml)与对照组(258.81 ± 176.25 ml)对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。手术后, 实验组术后 4d 血小板计数($248.15 \pm 60.93 \times 10^9/L$)明显低于对照组($365.54 \pm 140.25 \times 10^9/L$), 对比差异有统计学意义($P < 0.05$); 实验组住院时间(5.41 ± 2.06 d)与对照组(5.53 ± 2.15 d)对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 详见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标以及血小板指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	出血量(ml)	血小板($\times 10^9/L$)	住院时间(d)
对照组	43	213.15 ± 20.64	258.81 ± 176.25	365.54 ± 140.25	5.53 ± 2.15
实验组	43	208.96 ± 22.54	260.15 ± 153.67	248.15 ± 60.93	5.41 ± 2.06
t	—	0.899	0.037	2.034	0.264
P	—	0.371	0.970	0.000	0.792

2.2 全脾切除术患者与脾部分切除患者手术术后并发症发生情况比较 术后全脾切除术患者所在的实验组血管瘤发生 2(4.65%)例、局部性充血发生 1(2.32%)例、囊肿发生 1(2.32%)例、血肿 1 发生(2.32%)例、结核和局限性纤维化未发生; 脾部分切除患者所在的对照组血管瘤发生 5(11.62%)例、局部性充血发生 4(9.

30%)例、囊肿发生 2(4.635%)例、结核发生 1(2.32%)例、局限性纤维化发生 1(2.32%)例、血肿未发生。实验组并发症总发生 5(11.62%)例, 对照组并发症总发生 13(30.23%)例, 对比两组并发症总发生率差异有统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生情况比较[n, (%)]

组别	例数	血管瘤	局部性充血	囊肿	结核	血肿	局限性纤维化	总发生情况
对照组	43	5(11.62)	4(9.30)	2(4.635)	1(2.32)	0(0.00)	1(2.32)	13(30.23)
实验组	43	2(4.65)	1(2.32)	1(2.32)	0(0.00)	1(2.32)	0(0.00)	5(11.62)
χ^2	—	1.399	1.911	0.345	1.011	1.011	1.011	4.496
P	—	0.237	0.167	0.577	0.314	0.314	0.314	0.034

3 讨 论

随着脾脏因外伤或肿瘤性病变引起的脾脏受损情况越来越多,脾脏外科学术的日益发展,脾脏的生理作用功能被人们逐渐重视,脾脏的切除技术也受到医学界广泛关注^[3]。脾脏有造血、滤血、清除衰老血细胞及参与免疫反应等功能^[4],作为人体的主要免疫器官,对机体免疫平衡地稳定起着重要意义^[5]。脾脏切除术是普通外科较为常见手术之一,在外科多种疾病中应用较为广泛,针对不同的良性病变一般采取不同外科治疗方式,目前脾脏切除术的首选是腹腔镜脾切除术,在临床应用中逐渐增多。脾脏良性占位性病变临床较多见的为囊肿,包括真性囊肿和假性囊肿,临床发病率较低,临床症状及体征多表现不明显。随着人们对健康体检意识的提升,脾脏良性病变的检出率也不断提高,一般认为症状不明显或比较小的囊肿可以不进行手术治疗,检出囊肿直径大于 5cm 或者囊肿存在破裂的可能以及囊肿有感染或者有寄生虫就可以考虑进行手术治疗,病变组织常对正常组织会产生严重的压迫症状,因此清除囊肿,尽量避免或减少由囊肿引起的并发症,进行外科手术治疗是非常有必要的。全脾切除术是临床针对该类疾病进行治疗的主要手段,但术后患者免疫功能受到的影响较大,随着对脾脏功能研究的深入,保留部分脾脏的手术方式得到广泛的重视^[6]。

本研究以分组对照的形式开展,详细分析了脾脏部分切除治疗全脾切除治疗脾脏良性病变的效果,结果显示:两组患者手术时间、出血量以及住院时间比较无明显差异, $P>0.05$;术后 4d 全脾切除治疗患者血小板水平显著低于脾脏部分切除治疗患者, $P<0.05$ 。脾脏具有过滤循环血液中衰老、死亡细胞的功能,是过滤血小板的主要脏器,脾脏良性病变患者手术中保留部分健康脾脏,可有效规避术后患者血小板升高的发生,避免免疫

细胞生活的环境消失,降低机体感染的几率。有研究指出,保留部分脾脏手术,术后患者出现免疫功能异常的几率显著降低^[7]。

综上所述,采用脾脏部分切除术对脾脏良性病变患者进行治疗,可保留患者脾脏部分功能,对降低术后并发症以及保证免疫功能稳定具有重要意义,临床推广应用价值较高。

参考文献

- [1] 付良彬,陈军强.腹腔镜下脾部分切除术治疗脾脏良性病变 7 例[J].肝胆胰外科杂志,2020,32(9):560—562.
- [2] 王树鹏,管清春,王守乾,等.腹腔镜脾部分切除术治疗脾脏占位性病变的临床效果及预后观察[J].中国现代医学杂志,2019,29(15):120—122.
- [3] 危志远,周俊韬,白金权,等.脾部分切除技术要点及临床经验[J].中华肝胆外科杂志,2020,26(6):459—462.
- [4] 郑才锋,鄢邦仲,韩亚飞.腹腔镜手术治疗肝硬化门静脉高压及脾功能亢进疗效分析[J].现代消化及介入诊疗,2017,22(4):460—463.
- [5] 王强,冯斌,唐才喜,等.保留脾脏功能术式在脾良性占位疾病应用[J].中国普通外科杂志,2020,29(10):1280—1284.
- [6] Abrishami A, Khalili N, Kooraki S, et al. Evaluation of Cross-sectional Imaging Features that Aid in the Differentiation of Benign and Malignant Splenic Lesions[J]. European Journal of Radiology, 2021, 136(5):1095—1096.
- [7] 孙旭,袁文斌,岑峰,等.腹腔镜脾脏部分切除治疗脾脏良性占位性病变[J].中华普通外科杂志,2018,33(9):751—755.