

·临床研究·

## 脾切除术指征及近期疗效分析

汪 谦, 黄洁夫

(中山医科大学附属第一医院肝胆外科, 广东 广州 510080)

**摘要:** 【目的】分析总结脾切除术的近期疗效以提高其安全性、降低死亡率, 减少并发症并指导正确掌握切脾适应征。【方法】统计 430 例脾切除术病人的临床资料, 包括切脾指征、手术种类、术后并发症和手术死亡率。【结果】切脾指征中的原发疾病以肝为最多 192 例(44%), 尤其是门脉高压性脾亢 164 例(38%); 430 例患者共行 768 例次不同类型的手术, 除切脾外, 以分流断流为最多 75 例次(23%); 术后发生 111 例次并发症(26%), 以感染为最多(12%), 术后死亡 12 人, 术后受治病死亡率 2%。【结论】认识脾的免疫功能, 正确掌握适应征和加强围术期处理是提高脾切除术安全性的关键。

关键词: 脾切除术/并发症

中图分类号: R657.6

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2000)04S0-0077-03

## Indications for Splenectomy and Short-term Results Analysis

WANG Qian, HUANG Jie-fu

(Department of Hepatobiliary Surgery, First Affiliated Hospital,  
Sun Yat-sen University of Medical Sciences Guangzhou 510080, China)

**Abstract:** 【Objective】To summarize the short-term results of splenectomy operations in order to increase the operative security, decrease the operative morbidity and mortality and correctly master the indications of splenectomy. 【Methods】The authors collected the clinical data of 430 cases of patients underwent splenectomy, including indications of splenectomy, the types of operation, post-operative morbidity and mortality. 【Results】The most of patients indicated for splenectomy were hepatic diseases (192 cases, 44%), especially for portal hypertension splenomegaly (164 cases, 38%); 430 cases underwent 786 different types of operation, beside the splenectomy, most of them were portacaval shunt or esophagogastric devascularization (75 cases/times, 23%), 111 patients experienced post-operative complications (26%), most of them were infections (12%), 12 patients died (mortality 2%). 【Conclusion】The major deciding factors in increasing the security of splenectomy are knowing splenic immune functions, mastering indications of splenectomy and appropriately management of patients peri-operatively.

**Key words:** splenectomy/complication

我院从 1960 年 1 月~1998 年 12 月共实施脾切除术 1 845 例, 平均每年近 50 例。其中 1990 年以前 1 415 例, 1991 年以后 430 例。现结合文献资料, 依据已输入病案室电脑的临床资料及部分病历的内容对 1991 年以后实施脾切除术的 430 例

资料综合分析如下。

### 1 临床资料

430 例脾切除, 男 292 例, 女 138 例。年龄最

收稿日期: 2000-04-12

作者简介: 汪 谦(1955-), 男, 安徽淮南人, 博士, 教授, 专长于肝、胆、脾外科疾病的临床诊治及相关的基础研究。

©1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

小者 3 岁,最大者 80 岁,平均 37.35 岁。高峰年龄组在 40~60 岁间,共 147 例(34%)。患者职业以工人和农民居多,共 224 例,占总体 52%。93 例急诊入院,住院时间 8~161 d,平均 36.82 d。切脾的指征以肝疾病最多,共 192 例(44%),其中肝炎后肝硬化所致的食道胃底静脉曲张和脾肿大脾功能亢进占 164 例(38%);其次是因胃或其他邻近脏器肿瘤手术所行的联合脾切除,共 82 例(19%),其中 14 例系手术意外损伤而被迫实施的脾切除;血液病 63 例(14%);创伤性脾破裂 54 例(12.6%),脾脏肿瘤 39 例(9%)。

## 2 结果

依据疾病种类不同,430 例患者共行 768 例次不同类型的手术:除 210 例单纯切脾外,其余 220 例在切脾的同时另行 328 例次的其他手术,少者 2 种,多者 5 种。其中分流或断流术 75 例次(23%),食道下段与胃手术 62 例(19%),肝手术 45 例(14%),胆道手术 25 例(7%),胰腺手术 28 例(8%),小肠结肠手术 21 例(6%),肾、肾上腺与腹膜后手术 23 例(7%),复合伤修复手术 13 例(4%),因术后并发症再手术 25 例(7%)。

术后 62 人(14%)发生 111 例次的并发症,发生率为 26%(表 1);其中术后感染 51 例(12%),以肺部感染和败血症为常见;呼吸循环系统 28 例(6%),消化道 19 例(4%),术后出血 10 例(2%)。住院期间 12 人死亡,受治病死亡率 2%。感染或其它并发症的发生与原发疾病和手术种类有关,主要是血液病(20/63, 31%)、严重肝硬化门脉高压(31/164, 18%)以及根治性的肿瘤切除手术。302 例术后获得病理诊断,其中结节或门脉性肝硬化以及充血性脾肿大 120 例(39%),良恶性肿瘤 91 例(30%),血液病 38 例(12%),脾外伤及其它疾病 35 例(11%)。

表 1 术后并发症

Table 1 Complications of splenectomy

Complications	Cases (%)
Infection	51(12%)
Circulatory, pulmonary	28(6%)
Gastrointestinal tract	19(4%)
Bleeding	10(2%)
Total	111(26%)

## 3 讨论

脾外科快速发展基于对脾多种重要功能的认识。但外伤性脾破裂的治疗原则、病理性脾肿大如何掌握其切除指征,这在临床实践中至今仍缺乏统一遵循的准则,并存在完全相反的两种不同意见。从理论上讲,外伤性脾破裂应尽力保留,这已经为人们所公认,并且在许多单位已广泛开展,但另有更多的外科医生为了减少手术风险,仍坚持全脾切除治疗脾外伤的传统观念。同时,病理性脾肿大的流行病学特征及脾切除的指征也在不断地发生变化。O'Reilly<sup>[1]</sup>总结加州大学 1973~1995 年诊治的 2 505 例脾肿大,1962 年以前有 57%为血液病,19%为感染性疾病,肝疾病 11%;1963 年以后,血液病 32%、肝疾病 29%、感染性疾病为 16%,表明近年引起脾肿大的原发疾病发生了变化。本组报告的病理性脾肿大脾切除与国外资料完全不同,其中肝疾病,尤其肝硬化所致的门脉高压性脾肿大是脾切除的绝对指征。对此,学术界也有不同的看法:①切脾在断流术中的治疗价值出现新的看法,传统的断流方式脾切除是必不可少的手术步骤,它的价值在于彻底断流和有效降低脾胃区的门静脉压力,但近年的实验研究和临床观察已不再支持这一理论;Orozco<sup>[2]</sup>通过临床前瞻性对照随机研究证实断流术(改良 Sugiura)切脾或不切脾在术后再出血,肝性脑病的发生率、手术时间和术后并发症的发生率均无显著性差异,而术中输血量 and 门静脉血栓形成的病例在保脾组显著减少。②门静脉高压巨脾的免疫功能状况以及巨脾促进肝硬化形成的学说<sup>[3]</sup>在国内仍有完全不同的两种学派,并各自指导着临床治疗的方式<sup>[4]</sup>。③晚期肝硬化继发肝癌形成后,在切除肝癌的同时如何解决脾亢和消化道出血问题是临床一大难题。湖南医科大学总结 20 年 608 例原发性肝癌合并肝硬化的 498 例治疗经验,对其中 63 例合并严重肝硬化者采用“限制切肝范围或半肝栓塞化疗同时脾动脉结扎和食道胃底周围静脉离断”的方式,临床获得满意治疗效果,3 年生存率达 57%<sup>[5]</sup>。笔者的临床实践也证实这是一种可行的措施。

本组病例中近 20%系邻近器官肿瘤手术的联合脾切除,胃癌占 50%以上,其次是胰和结肠肿瘤。切脾的原因有多种:①肿瘤根治性的要求,如胃癌根治;②肿瘤切除时脾血管无法保留,如腺体

尾部癌肿的切除; ③医源性的意外脾损伤, 本组有 14 例。对于胃癌根治性切除的联合脾切除, 由于对脾抗肿瘤双相性的认识, 早年就有人提出应当选择性地联合脾切除, 主要是局限于近段进展期的胃癌根治性切除。新近的临床观察证明, 无论是联合切脾或更广泛的脾胰一同切除, 胃癌根治后的 5 年生存率都没有提高, 相反却增加了术后并发症的发生。胰手术的脾切除, 多由于脾血管的解剖与胰关系密切, 使术中被迫切除正常脾。国内姜洪池将此称作“无辜性脾切除”, 他认为只要提高对脾免疫功能的认识, 精细地手术操作是可以免除脾切除的<sup>[9]</sup>。除了单纯脾外伤和部分血液病外, 大多数脾切除需同时实施其他类型手术, 本组 430 例中有 50% 以上的病例共施 317 例次。其手术的种类依原发疾病的不同, 而手术的大小以及原发病所致机体的不良状况也是脾切除术后凶险性感染 (OPSI) 和其他并发症或死亡的直接诱导。OPSI 的认识是脾功能深入研究的前提, 对 OPSI 的有效预防也是近年切脾后并发症减少、死亡率降低的原因之一。Brigden<sup>[7]</sup> 总结 Medline 有关文献资料, 认为对脾切除患者进行“必要的医学知识教育和有效的疫苗接种或抗生素应用”是预防 OPSI 发生的关键。我院 1990 年以前实施脾切除的 1 415 例和 1991 年以后的 430 例, 在术后受治病死亡率方面有明显的不同, 前组为 6%, 后组为 2%, 除了原发疾病的构成发生改变, 更重要的是在围手术期处理以及 OPSI 的有效预防起了关键性作用。脾外科快速发展的另一原因是对脾解剖学的不断认识, 在脾外科手术方式上从 1 549 年 Zaccarello 首次切脾, 以及其后的部分切脾到当今的腹腔镜切脾, 应当是脾外科的 3 个重要里程碑<sup>[8]</sup>。尽管腹腔镜脾切除目前甚至在短时间内还不可能普遍取代传统的手术方式, 但越来越多的文献资料<sup>[9]</sup> 证实手术的安全性、病例的可选择性以及术中出血量、手术时间和术后并发症的发生均不比传统手术差, 甚至对巨大的病理脾也不是腹腔镜切脾的禁忌, 相信随综合医疗条件的改进, 这种术式在外科界必将占有一席之地。

此外, 对脾外伤能否采用非手术的保守治疗, 采用何种保留术式, 这在学术界也激烈争论了很久, 至今仍有两种完全不同的意见, 肯定保守治疗者不仅有大宗的病例报告, 并且有长达 10 余年的随访资料, 同时可提供一整套的具体措施。Bain<sup>[10]</sup> 报告 10 年间脾外伤保守治疗的经验, 前 5

年 6/45 (15%), 后 5 年 25/61 (41%), 认为只要伤者血流动力学稳定均可在密切观察下保守。Stames 综合 57 例, 建立了一种脾外伤的 CT 分级标准, 作为非手术治疗的选择依据。但从临床的安全性来讲, 大多数学者对此仍持有反对意见, Co-canour<sup>[11]</sup> 回顾分析 280 例脾外伤中 87 例 (31%) 非手术治疗的结果, 通过 4 年随访, 发现其中 7 例 (8%) 发生了威胁病人生命的严重并发症。因此, 对这种非手术治疗脾外伤的具体方法, 如何选择病例, 还有待更多的病例观察与经验总结。

#### 参考文献:

- [ 1 ] O' Reilly R A. Splenomegaly in 2 505 patients at a large university medical center from 1913 to 1995. 1963 to 1995: 449 patients[ J ]. West J Med. 1998, 169(2): 88.
- [ 2 ] Orozco H, Mercado M A, Martinez R, et al. Is splenectomy necessary in devascularization procedures for treatment of bleeding portal hypertension[ J ]? Arch Surg. 1998, 133(1): 36.
- [ 3 ] 汪 谦, 夏穗生, 姜汉英, 等. 脾脏及 Tuftsin 在肝硬化形成过程免疫调控机制探讨[ J ]. 中华医学杂志, 1995, 75(10): 594.
- [ 4 ] 李铁钢, 皮执民, 刘国清, 等. 原发性肝癌合并严重肝硬化门脉高压的外科处理[ J ]. 湖南医科大学学报, 1997, 22(6): 500.
- [ 5 ] 夏穗生. 展望 21 世纪早期的普外科[ A ]. 见: 中国实用外科杂志编委会. 全国腹部外科学术会议论文集. 1998: 1.
- [ 6 ] 姜洪池, 乔海泉. 保留脾脏的胰体尾切除术[ J ]. 中华普通外科杂志, 1998, 13(1): 3.
- [ 7 ] Brigden M L, Pattullo A L. Prevention and management of overwhelming post-splenectomy infection-an update [ J ]. Crit Care Med, 1999, 27(4): 836.
- [ 8 ] McClusky D A, Skandalakis L J, Colborn G L, et al. Tribute to a triad: history of splenic anatomy, physiology, and surgery-part I[ J ]. World J Surg. 1999, 23(3): 311.
- [ 9 ] Terroso G, Donini A, Baccarani U, et al. Laparoscopic versus open splenectomy in the management of splenomegaly: our preliminary experience[ J ]. Surgery, 1998, 124(5): 839.
- [ 10 ] Topaloglu U, Yilmazcan A, Unalmiser S. Protective procedures following splenic rupture[ J ]. Surg Today, 1999, 29(1): 23.
- [ 11 ] Cocanour C S, Moore F A, Ware D N, et al. Delayed complications of nonoperative management of blunt adult splenic trauma[ J ]. Arch Surg. 1998, 133(6): 619.

(编辑 张敏瑞)