

腹腔镜与开腹脾切除术 在脾淋巴瘤治疗中的对比分析

郭斌

黑龙江鹤岗

【摘要】

目的：探讨腹腔镜与开腹脾切除术在脾淋巴瘤治疗中的应用价值。

方法：选择我院肿瘤科 2018 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治 100 例脾淋巴瘤患者为研究对象，结合随机数表法分为对照组（50 例）和实验组（50 例），对照组行开腹脾切除术治疗，实验组行腹腔镜脾切除术治疗，对比两组临床观察指标和手术并发症情况。

结果：实验组手术时间、术后镇痛时间、术后下床活动时间、术后通气时间、引流管留置时间、住院时间均短于对照组，且术中出血量少于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。实验组并发症发生率为 4.00%，低于对照组的 20.00%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

结论：脾淋巴瘤患者实施腹腔镜脾切除术治疗，操作方法简便易行，且患者术后恢复速度较快，并发症发生率较低，整体治疗有效性和安全性较高，具有推广应用价值。

【关键词】

腹腔镜脾切除术；开腹脾切除术；脾淋巴瘤；并发症

发性脾脏淋巴瘤（PSL）属于一种临床上较为少见的恶性淋巴瘤疾病，患者发病后常见体重降低、乏力、发热、盗汗等淋巴瘤 B 症状问题，且部分患者也会出现脾大、脾脏功能亢进等合并症状，且与其他脾脏系统疾病之间的鉴别诊断难度较大，所以，临床上需要通过病理检查的方式给予诊断的信息支持，手术切除脾脏术是脾淋巴瘤患者最为常用的诊断和治疗方法，但是，常规的开腹脾切除术（OS）虽然能够获得一定的效果，但患者术后面临较大的损伤和术后并发症风险。而随着微创治疗技术的逐步完善和发展，腹腔镜脾切除术（LS）技术也在脾淋巴瘤的治疗中得到了更多的应用，并逐渐渠道 OS 技术成为了患者临床治疗的首选方案。本研究以我院肿瘤科 2018 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治 100 例脾淋巴瘤患者为研究对象，对腹腔镜与开腹脾切除术在脾淋巴瘤治疗中的效果进行了对比分析。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院肿瘤科 2018 年 1 月至 2020 年 12 月期间收

治 100 例脾淋巴瘤患者为研究对象，全部观察对象均对临床研究目的和过程知情认可，签署《知情同意书》。结合随机数表法分为对照组和实验组，每组均为 50 例，且两组性别、年龄、脾脏体积、Ahmann 分期和临床症状情况对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：1 患者经临床检查确诊为脾淋巴瘤，且符合相关疾病诊断标准；2 患者临床资料完整且能够配合随访观察；3 患者无其他合并肿瘤疾病；4 患者意识状态良好，能够正常沟通，且依从性良好。排除标准：1 临床资料不全或是中途退出临床研究者；2 合并心、肝、肾等脏器系统疾病患者；3 手术耐受能力较差的患者。

1.2 方法

对照组患者实施开腹脾切除手术治疗，具体措施：患者保持平卧位实施气管插管静脉全身麻醉，麻醉起效后将腹部正中切开并置入切口保护套，将脾结肠韧带、脾胃韧带、脾膈韧带及脾肾韧带分别切断后，实施胃短血管结扎，将脾脏托出并将脾蒂完全暴露，实施脾动脉、脾静脉分离后，在近心端双重结扎切断，并将脾脏移除。

术后生理盐水冲洗腹腔，并确定患者的活动性出血风险，留置硅胶管后从左上腹切口引出固定，并逐层关闭腹腔。

实验组患者实施腹腔镜脾切除手术治疗，具体措施：患者保持左侧抬高 30° 的卧位，手术医师站立于患者右侧，助理医师站立于患者左侧，在脐与左锁骨中线、左肋缘的交点连线处打开 10mm 手术切口，在平脐与左锁骨中线处打开 10 mm 切口置入手术治疗设备，并对患者腹腔情况进行探查，将脾脏下极抬起后常规分离脾胃韧带，胰体尾部上缘确定脾动脉位置并结扎，将脾结肠韧带、脾肾韧带及脾膈韧带分别结扎并将脾蒂切断，脾脏置于取物袋内，并放置在下腹部。扩大手术操作孔为 2cm，并将脾脏切碎取出。术后生理盐水冲洗腹腔，并关闭手术操作孔。

1.3 观察指标

1、对比分析两组观察对象手术时间、术后镇痛时间、术后下床活动时间、术后通气时间、引流管留置时间、住院时间、术中出血量等临床观察指标情况。

2、统计分析两组患者术后出血、切口感染、脾窝积液等术后并发症发生情况。

1.4 统计学分析

本研究团队全部工作人员均通过 Excel 表格对相关数据资料进行整理记录，经 SPSS22.0 软件对表格进行处理分析，以此为依据判断整体疗效。

2 结果

2.1 一般资料比较

两组观察对象性别、年龄、脾脏体积、Ahmann 分期和临床症状情况对比，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。如表 1 所示。

2.2 观察指标对比

实验组观察对象手术时间、术后镇痛时间、术后下床活动时间、术后通气时间、引流管留置时间、住院时间均明显短于对照组，且术中出血量也明显少于对照组，数据差异对比存在统计学意义 ($P<0.05$)。如表 2 所示。

表 1 两组患者一般资料情况比较

指标	对照组 (n=50)	实验组 (n=50)	t/X ² 值	P值
男/女(n)	28/22	27/23	0.025	0.874
年龄 (岁)	57.32 ± 7.45	57.12 ± 6.47	0.143	0.886
脾脏体积 (cm)	22.01 ± 5.52	21.98 ± 4.77	0.029	0.977
Ahmann分期 (n)			0.142	0.707
I期	18	16		
II期	9	10		
III期	23	24		
临床症状 (n)			0.627	0.428
腹痛腹胀	13	17		
B症状	15	16		
脾大或脾亢	27	18		
体检发现	6	4		

表2 两组患者术后临床观察指标情况比较 [x±s]

组别	例数(例)	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后镇痛时间 (d)	术后下床活动时间 (d)	术后通气时间 (d)	引流管留置时间 (d)	住院时间 (d)
实验组	50	134.52 ± 12.66	90.02 ± 14.23	1.02 ± 0.22	1.34 ± 0.42	1.02 ± 0.21	4.06 ± 1.33	6.01 ± 1.21
对照组	50	102.12 ± 13.12	200.01 ± 35.23	2.54 ± 0.42	2.44 ± 0.52	1.88 ± 0.32	4.59 ± 1.31	7.87 ± 1.33
T值		12.566	20.470	22.669	11.636	15.888	2.008	7.315
P值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.047	0.000

表3 两组患者术后并发症发生情况比较 [n/%]

组别	例数(例)	术后出血	切口感染	脾窝积液	并发症发生率
实验组	50	2	0	0	2 (4.00)
对照组	50	6	3	1	10 (20.00)
T值					12.121
P值					0.000

2.3 并发症情况比较

实验组患者术后并发症发生率为 4.00%，数据分析结果明显低于对照组的 20.00%，数据差异对比存在统计学意义 (P<0.05)。如表 3 所示。

3 讨论

脾淋巴瘤属于一种惰性 B 淋巴细胞瘤，约占非霍奇金淋巴瘤病例总数的 2% 左右，因而临床上较为少见，且症状表现较为复杂，包括体重下降、盗汗、消瘦等 B 症状，也有部分患者仅有脾亢、脾大或左上腹胀痛等单一症状，甚至会出现无明显症状的情况，部分患者是在体检确定脾脏占位时确诊的，与其他脏器相比，脾脏的血管较为丰富，且脆性较大，因而穿刺过程中容易出现脏器损伤或是脾脏出血等问题，因而临床治疗的难度较大 [1-2]。随着微创手术技术以及相关设备的逐步发展完善，腹腔镜脾切除术也在脾淋巴瘤治疗中得到了广泛的应用，并逐渐成为了患者首选的治疗方案，这一治疗方法具有更小的机体损伤程度，且患者疼痛感较轻，术后恢复速度较快，切口较小，因而不会影响患者的外观美观性，因而相比常规

开腹手术技术，整体应用效果更好 [3]。

从本次医学研究结果来看，腹腔镜脾切除术用于脾淋巴瘤治疗的治疗要点在于：第一，患者手术治疗过程中操作空间较小，但患者普遍存在脾脏肿大的情况，因而需要良好的手术视野，且手术团队之间需要良好配合，以保证手术的安全性 [4-5]。第二，腹腔镜脾切除术可以在腹部小切口进入腹腔，并通过手的协调性和精确接触将非优势手伸入腹腔，通过手术过程中的准确操作，缩短手术治疗的时间，减少血管损伤问题，因而手术助手的选择非常重要 [6-7]。第三，患者手术治疗过程中的体位通常为仰卧位左侧头高足低位、右侧卧位等，其中，右侧卧位的应用率相对较高，这一卧位对于患者脾脏分离的准确性控制较好。第四，手术过程中处理脾蒂是十分重要的一个环节，也是提高手术效率、减少手术出血量的关键环节，一旦患者出现脾蒂损伤问题，则需要转为开腹手术，进而提高患者的治疗风险，所以，手术过程中需要加强脾蒂的准确处理 [8-9]。

综上所述，脾淋巴瘤患者实施腹腔镜脾切除术治疗，操作方法简便易行，且患者术后恢复速度较快，并发症

发生率较低,整体治疗有效性和安全性较高,具有推广应用价值。

参考文献:

- [1] 施亚军, 顾尔莉. 以发热、黄疸为主要表现的脾淋巴瘤 1 例 [J]. 肝脏, 2020,25 (2): 219-220.
- [2] 张业科, 包晓萍, 金淑, 等. 1 例继发于肝脾淋巴瘤的噬血细胞综合征病人的护理 [J]. 全科护理, 2018,16 (32): 4082-4083.
- [3] 吴凌, 田晨, 张翼鸾. 脾边缘区淋巴瘤的治疗进展 [J]. 中国实验血液学杂志, 2017, 25(2):600-603.
- [4] 曾祥宗, 魏娜, 王旖旎, 等. 61 例 EBV 相关噬血细胞性淋巴组织细胞增多症患者的疗效及预后分析 [J]. 中华血液学杂志, 2015,36 (6): 507-510.
- [5] 高远, 林雨冬, 张绍庚, 等. 手助腹腔镜与开腹巨脾切除术的临床对比研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(1):30-32.
- [6] 汤建军, 孙姚承, 法镇中, 等. 腹腔镜脾切除术中不同脾蒂离断法的选择与应用 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2018, 30(6):462-466.
- [7] 鲁葆春, 任培土, 许焕建, 等. 腹腔镜下原位二级脾蒂分离法在脾切除术中的应用 [J]. 浙江医学, 2012, 34(19):1589-1590.
- [8] 梁马可, 李学民, 段希斌, 等. 六步法腹腔镜脾脏切除联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症的应用体会 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2019, 24(12):906-910.
- [9] 高君, 丁雪梅, 柯山, 等. 腹腔镜下巨脾切除术经验与技巧 [J]. 中国医刊, 2017, 52(1):4-6.