

腹腔镜胆囊切除联合肝囊肿开窗术

胡立强 尹立雄 田新民 龙在峰 罗兵

曹学文 何佳宏 田忠勇 张树生

长沙铁路医院外科(长沙, 410001)

【摘要】 本文总结我院开展腹腔镜胆囊切除术联合肝囊肿开窗术经验。采用回顾性的研究方法, 对 20 例胆囊肿并肝囊肿的病人的临床资料进行分析, 采用 LC 后, 先穿刺, 再切开, 切除部分囊壁, 电凝囊内壁, 大的囊肿用大网膜填塞的方法治疗肝囊肿。除一例术后因为囊肿液体的刺激所致的腹部隐痛外, 其他效果良好, 认为对胆囊肿需要行 LC 者, 肝囊肿不大 ($< 10\text{cm}$) 而且在肝表面, 用检验和物理检查排除寄生虫性肝囊肿, 肝囊肿中心液化, 肝内胆管囊性扩张症以外, 在进行 LC 的同时行肝囊肿开窗术, 以解除肝囊中继续增大对肝脏压迫的后患。对囊肿大, 位置深, 不能肯定为单纯肝囊肿的病人建议行开腹手术治疗, 以防胆漏, 血管损伤。对囊肿小的 ($< 5\text{cm}$) 位于肝深面的病人可以观察。

【关键词】 肝囊肿 腹腔镜 胆囊切除

1995 年 1 月以来, 我们在开展经腹腔镜胆囊切除术近 1000 例的基础上, 治疗肝囊肿 31 例, 其中 20 例系 LC 联合经腹腔镜先天性肝囊肿开窗术, 效果满意, 现报告如下。

临床资料

1. 一般资料

20 例中男 8 例, 女 12 例。年龄 37 ~ 32 岁, 平均 41 岁。单发性囊肿 7 例, 多发性囊肿 13 例。囊肿位于左叶 6 例, 其中位于膈面 2 例, 脏面 1 例, 膈脏面 3 例, 位于右叶或以右叶为主的 14 例, 其中位于膈面 4 例(包括膈顶部 3 例, 膈面右后下 1 例), 脏面 4 例。膈, 脏面合并肝囊肿 6 例, 囊肿最大直径 5 ~ 8cm, 平均 5.8cm, 全部合并胆囊肿。本组病例术前均经 B 超或 CT 确诊。

2. 手术方法

在气管插管全麻下, 在脐下缘作 10mm 切口, 建立气腹后用 10mm 套管穿刺成功后, 经鞘放入腹腔镜, 然后在剑突下作 10mm 切口, 右腋前线及锁骨中线作 5mm 切口, 置 5mm 套管及抓钳及相应的手术器械。首先常规完成腹腔镜胆囊切除术, 囊肿位于左叶者可将腹腔镜绕过肝圆韧带观察。用穿刺针穿刺囊肿为清亮透明囊液以证实诊断。对囊肿行肝囊肿开窗术, 将吸引器插入囊腔内吸净囊液, 用分离钳夹起囊壁, 用电凝钩或带电凝的剪刀尽可能多切除囊壁, 使囊腔充分敞开, 电凝切缘止血, 并电凝囊肿内

壁以破坏囊壁分泌功能, 对多房性囊肿将隔膜切开, 吸净囊液, (对囊肿过深过大尽量采用开腹的方法) 亦可在囊腔内填塞大网膜, 有时用钛夹固定大网膜, 冲洗创面吸净渗血及冲洗液, 取出切下的囊壁, 引流管的从右腋前线切口引出。

结果

本组 20 例除 1 例肝右后叶囊肿腹腔镜窥视不清, 剪除囊壁过少, 其余腹腔镜下开窗都获得成功。20 例合并胆囊肿者同时作腹腔镜胆囊切除术。手术时间为 60 ~ 120 分钟, 术中出血 15 ~ 50ml (平均 28ml), 术后 24 小时下床活动, 个别病人用强痛定止痛。有一例术后出现上腹隐痛, 术后三天消失。术后 24 ~ 48 小时胃肠功能恢复。5 ~ 6 天可出院。囊肿残留 8 例, 都在 2cm 内其中包括膈面 4 例, 1 例肝右后叶囊肿 $> 5\text{cm}$ 。术后随访 15 例, 目前病人情况良好。

讨论

肝囊肿属肝脏良性疾病, 包括先天性非寄生虫性肝囊肿(亦称真性肝囊肿)和寄生虫性肝囊肿。前者可能因肝内迷走胆管与淋巴管在胚胎期的发育障碍或局部淋巴管因炎性上皮增生阻塞, 导致管腔内分泌物潴留所致。统计资料提示多发性肝囊肿多有家

(下转第 174 页)

族遗传因素且有合并肾囊肿。随着肝囊肿的增大产生压迫症状时或因胆囊结石经 B 超或 CT 检查所发现。虽然肝囊肿较易诊断,但应通过术前检验、影像检查与术中穿刺与肝脓肿,肝包囊虫病,巨大肝癌中心液化,肝内胆管囊性扩张症等疾病相鉴别。当囊肿 > 10cm 或有压迫症状时则需手术治疗。目前临床上主要采用传统的开腹手术及肝囊肿穿刺抽液酒精注射术。前者手术创伤大,恢复慢,后者治疗不彻底易复发。虽然囊肿不大但是有可能多年后囊肿增大而出现压迫症状,因此腹腔镜胆囊切除术的同期治疗肝囊肿有它的实际意义。自 1991 年首次报道腹腔镜肝囊肿开窗术以来,由于具有创伤小,恢复快,效果好等优点,目前已取代了剖腹手术。具体特点^[1]:①在腹腔镜下用穿刺法证实先天性肝囊肿的诊断,以决定手术方法;②在腹腔镜下可以行带蒂肝囊肿切除;③在腹腔镜下电切囊肿前壁开窗,电凝止血并破坏囊肿内壁分泌功能,并能够用于多囊肝的开窗。位于肝膈面下部或脏面囊肿开窗后,囊肿后壁易完全电凝破坏,而肝顶部囊肿位置较高电凝破坏后壁不容易完全,但囊液可以开窗流入腹腔被吸

收,对治疗影响不大;④术中冲洗,吸引配合,使术野清晰,手术操作顺利。

我们认为位于肝右后叶较大囊肿,虽然可用腹腔镜窥视,但囊壁不易剪除,内壁电凝不到位,且术后膈肌与肝面很快靠拢闭合很容易复发,主张开腹手术。对囊肿小较深或囊肿位于膈顶部,内壁很难完全电凝破坏,开窗术后囊壁渗液多并且有可能损伤血管和胆管,腹膜很难在短期内吸收,囊液对腹膜及脏器有一定的刺激作用,术后往往有发热,腹胀,腹痛等症状,这类病人主张临床观察。主张在残余囊腔内放置引流管或囊腔内填塞大网膜以利囊肿的粘连闭合。对囊肿大而深,表面肝组织较厚,有损伤胆管,血管引起胆汁漏及出血危险者仍应开腹手术。对于位于肝表面腹腔镜视野能够看清的肝囊肿病人,多采用腹腔镜肝囊肿开窗术。

参 考 文 献

- 1 许红兵,萧荫祺,李虎诚等. 经腹腔镜治疗先天性肝囊肿的探索. 中华消化内镜杂志, 1997, 14(6): 369.