

腹腔镜肝囊肿开窗引流术的临床疗效

郑民华

上海第二医科大学附属瑞金医院普外科 上海市微创外科临床医学中心(上海 200025)

中图分类号 R735.7

文献标识码 C

文章编号 1009-6604(2003)06-0466-02

自 1991 年报道了第一例腹腔镜治疗非寄生虫性孤立性肝囊肿以来^[1],关于腹腔镜治疗肝囊肿可行性、安全性方面的研究得以广泛进行^[2],且证实腹腔镜开窗引流术对于非寄生虫性孤立性肝囊肿有确实的疗效。近期,该技术在多囊肝病的治疗上也得到了很好的应用^[3]。可见,腹腔镜治疗肝脏良性病变,可以达到良好的手术目的,取得显著疗效。

一、适应证

1. 囊肿性质的选择

对肝脏囊肿进行腹腔镜开窗引流术前,确定肝囊肿的性质很重要,因其治疗原则不同。对于腺瘤性或肿瘤性肝囊肿需进一步行肝脏局部切除或肝叶切除。故交通性和肿瘤性肝囊肿为单纯行腹腔镜开窗引流术的禁忌证^[4]。在腹腔镜视野范围内位于肝表面的单纯性肝囊肿均可适用。有症状、直径 > 5cm 的肝囊肿,术前可根据 B 超、CT 或 MRI 影像学的检查,判断能否适用;无症状的肝囊肿通常不需手术,可门诊随访,如逐渐增大或出现症状,可考虑手术处理^[5]。

2. 囊肿部位的选择

腹腔镜处理该类非寄生虫性肝囊肿的难易程度、手术能否顺利完成与囊肿发生的部位有关。在腹腔镜视野范围内的位于肝表面的单发或多发的单纯性肝囊肿,及多囊肝病(polycystic liver disease, PLD) I 型(大的多发性囊肿主要位于肝脏表面 II ~ IV 段)可适用^[6]。而 PLD II 型(多发小囊肿散在肝脏各个部位)认为是腹腔镜开窗引流术的禁忌^[6,7],或仅为姑息性治疗的手段^[8]。

位于肝后部(Ⅵ、Ⅶ、Ⅳ_a段)的囊肿腹腔镜操作常有困难。因为对于Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ_b、Ⅴ及Ⅷ段位置的肝囊肿,腹腔镜下可提供较为宽阔的手术径路^[9]。而多发性囊肿很难彻底开窗,在肝后部的囊肿,腹腔镜下难以达到手术区域,术野暴露不清,对囊壁进行充分处理的难度显著增高。对于同时发现有深部囊肿的患者进行处理时,有时则会因深部包膜很难与深部的肝静脉和门静脉区别,而导致意外损伤。故应在术前尽量明确诊断。

万方数据

二、肝囊肿开窗引流术手术操作

1. 手术选择和术前准备

腹腔镜开窗引流术除了需要适当的病例选择外,一些复杂的、可能引起严重并发症的手术,建议由临床经验丰富,操作精细的外科医生来进行^[8]。患者手术体位取决于囊肿的部位。位于肝Ⅱ ~ Ⅴ段的囊肿,可采用平卧位;位于Ⅵ ~ Ⅶ段的囊肿应采用左侧斜位^[10]。术前患者需行常规检查及肠道准备。行肝囊肿开窗前术者需探查腹腔,并仔细探查穿刺部位及盆腔有无穿刺不当而造成的出血。主要探查肝脏及囊肿,检查其它脏器有无囊肿。将腹腔镜对准最接近病灶处,观察囊肿的实际部位、大小及数目等。

2. 术中对囊肿进行判断

囊肿位于肝表面,常能见到突出于肝表面的囊肿壁,呈乳白色或灰黑色。壁较薄的囊肿略呈透明状,透过囊壁隐约可以见到其内的液体,一般多为清亮透明。若为金黄色或咖啡色,则可能含有胆汁或合并囊内出血,术者对此应有相应的思想准备。有的囊肿虽很大,但囊肿的大部份深嵌在肝实质内,所以在腹腔镜下仅可见其顶部。位于肝顶部的肝囊肿,当腹腔镜深入接近膈顶时,可看到部分囊肿壁,也可在镜下得以开窗引流。如果术前影像学检查提示囊肿位于肝左叶,腹腔镜应向镰状韧带左侧延伸,镜端可直至左膈下。手术时要推动并保护好肝脏,充分暴露病灶。找到囊肿的最薄处,穿刺抽取囊液,送细菌培养。于囊壁上电灼一小孔,可见清亮的液体流出,囊肿塌陷。如囊肿大时,有时亦可见呈水柱涌出。用吸引器对准洞口持续吸引,待液体流尽后,用抓钳提起囊壁,用电凝钩、电凝剪或超声刀分离囊壁,开窗,充分引流。部分囊壁应送组织检查。

3. 囊壁处理

若囊肿壁边缘有出血,可用电凝止血。如有大血管出血,可用钛夹钳夹。若切开囊肿时,发现囊液有胆汁,说明与胆道相通,应中转开腹。对于巨大肝囊肿,当囊肿顶部切除后,应通过合适的套管将腹腔镜伸至囊腔上方,甚至进入囊腔内,观察囊壁的情况。如发现有结节,应取囊壁结节做活检,必要时送冰冻检查,以排除癌变。若确实癌变,则应立刻中转

开腹,行囊肿切除或肝脏部分切除。若有多个囊肿,术者可通过原先的囊腔穿囊开窗进入(即所谓的穿囊开窗术)。对于一般病人囊肿较小,术中操作顺利,可不放引流管;对于较大的肝囊肿,通常需要放置引流管,以观察术后短期内有无出血及胆漏。术中还可将大网膜填入腔内,用钛夹固定,以达到内引流、防止粘连、减少复发的目的。

三、术后并发症及临床疗效

1. 并发症

外科治疗肝囊肿的目标是:使囊肿减压以缓解症状,去除病灶,根治疾病;防止囊肿复发^[8,11]。单发肝囊肿穿刺抽吸治疗后 100% 会复发^[12]。而腹腔镜开窗引流术方法简单,创伤小,其安全性和有效性已有比较充分的肯定,并发症发生率低,长期疗效好,可作为一般单纯性孤立性巨大肝囊肿首选的治疗方法^[2]。

虽然腹腔镜肝囊肿开窗引流术也会有①出血;②腹水;③胸腔积液^[8];④呼吸困难;⑤胆漏^[11]等相关并发症的发生,其中腹水和胆漏为 PLD 患者术后最为常见的并发症^[4,13]。但大量临床资料显示,这些并发症的发生率并不高,且可以通过适当的措施予以控制^[11]。

PLD 术后并发症的发生率更是取决于手术病例的选择^[13]。Morino 等人在相关的研究中报道,连同 PLD II 型在内 6 月内的复发率高达 60%^[6],如果仅选择 I 型 PLD 进行开窗引流,其复发率为 11%^[13]。可见,术前患者的选择和囊肿部位的选择,可使并发症率控制在总体低并发症率的 10% 左右^[11]。

2. 疗效评价

评价疗效最直接的指标为囊肿的复发率。文献报道,腹腔镜肝囊肿开窗引流术后的囊肿复发率为 0 ~ 25%^[6]。其中症状的复发率在 0 ~ 23%^[4,6,11],而形态上的复发率为 0 ~ 14.3%^[4,6,9,11]。而 PLD 患者治疗后的囊肿复发率较单纯性巨大肝囊肿者要高一些。Fiamingo 等^[8]的研究中,总体复发率为 33.3%,其中有症状的为 16.6%,在观察随访的 I 型 PLD 患者中,复发率为 25%。故认为腹腔镜开窗引流术用于 I 型 PLD 的治疗可显著改善症状,虽然肝脏体积没有减小,囊肿会迅速增大而致一定的复发率,但与传统手术较为接近,而传统手术的创伤大,住院时间长。另有研究者发现一位 PLD 病人术后 1 周复查 CT 见一原未开窗的小囊肿明显增大,认为肝内各囊肿之间处于相互制约、压力平衡的状态,一旦大囊肿减压后,必然使小囊肿受压减小,渗出增加,导致囊肿迅速生长^[4]。所以要注意选择囊肿较少,易于处理的患者。

腹腔镜肝囊肿开窗引流术在术前做好病例和囊肿类型的选择,可增加其疗效,降低复发率。Zacherl 等在关于腹腔镜肝囊肿引流术治疗先天性巨大症状型肝囊肿的远期疗效研究中显示:术后患者症状马上缓解,术后仅有 1 例血管血栓形成的并发症发生,

症状复发率为 14.3%,且予以成功处理^[2]。所以,腹腔镜肝囊肿引流术对非寄生虫性巨大肝囊肿的治疗是有显著近期和远期疗效的。

行腹腔镜手术的患者,手术应激反应小,围手术期疼痛小,活动早,恢复快,住院期短,易于接受等特点更增加了腹腔镜开窗引流术的优越性^[13]。

四、小结

近 10 年,腹腔镜技术在肝脏良性疾病中的应用逐渐成熟,完善,并不断扩展。在肝囊性病变中,腹腔镜技术对于其诊断和治疗具有明显优势,尤其对非寄生虫性肝囊肿,包括伴有症状的巨大孤立型或多发单纯性肝囊肿,多囊肝病中的 I 型,有显著疗效。而对于 II 型多囊肝病,还是建议行开腹的开窗引流和局部肝叶切除。虽然腹腔镜肝囊肿开窗引流术有一定的适应范围,但其良好的手术效果,术后低并发症发生率和低复发率,以及快速的恢复,成为治疗肝囊肿值得推荐的方法。但其相对于传统手术的安全性和有效性的进一步肯定尚需大样本的临床随机研究。

参 考 文 献

- 1 Z'graggen K, Metzger A, Klaiber C. Symptomatic simple cyst of the liver: treatment by laparoscopic surgery. *Surg Endosc*, 1991, 5: 224 - 225.
- 2 Zacherl J, Scheuba C, Imhof R, et al. Long-term results after laparoscopic unroofing of solitary symptomatic congenital liver cyst. *Surg Endosc*, 2000, 14(1): 59 - 62.
- 3 Kabbej M, Sauvanet A, Chauveau D, et al. Laparoscopic fenestration in polycystic liver disease. *Br J Surg*, 1996, 83: 1697 - 1701.
- 4 Basil AJ, Benjamin LJ, Phillip CM, et al. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a Western Hepatobiliary Center. *World J Surg*, 2002, 26: 462 - 469.
- 5 Doty JE, Tompkins RK. Management of cysts disease of the liver. *Surg Clin North Am*, 1989, 69: 285 - 295.
- 6 Morino M, De Giulio M, Festa V, et al. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver: indications and results. *Ann Surg*, 1994, 219: 157 - 164.
- 7 Gigot JF, Metairie S, Etienne J, et al. The surgical management of congenital liver cysts: the need for a tailored approach with appropriate patient selection and proper surgical technique. *Surg Endosc*, 2001, 15: 357 - 363.
- 8 Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease. *Surg Endosc*, 2003, 17: 623 - 626.
- 9 Krahenbuhl L, Baer HU, Renzulli P, et al. Laparoscopic management of nonparasitic symptom-producing solitary hepatic cysts. *J Am Coll Surg*, 1996, 183: 493 - 498.
- 10 Watson DI, Jamieson GG. Laparoscopic fenestration of giant postlateral live cysts. *J Laparoendosc Surg*, 1995, 5: 255 - 257.
- 11 Klingler PJ, Gadenstatter M, Schmid T, et al. Treatment of hepatic cysts in era of laparoscopic surgery. *Br J Surg*, 1997, 84: 438 - 444.
- 12 Gigot JF, Legrand M, Hubens G, et al. Laparoscopic treatment of non-parasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg*, 1996, 20: 556 - 561.
- 13 Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, et al. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg*, 1999, 229: 460 - 466.