

腹腔镜肝部分切除 2 例

许 军^① 孙 备 陶维阳^① 李 军^① 周尊强^①

(哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科 哈尔滨 150001)

中图分类号 R735.7

文献标识码 D

文章编号 1009-6604(2005)05-0414-01

肝脏血运丰富、管道结构密布等特点限制了腹腔镜在肝脏外科中的应用。目前,腹腔镜肝脏手术仍主要局限于肝活检术、肝囊肿开窗引流术、轻度肝外伤修补术及肝癌微波固化术等简单手术,而肝脏部分切除术则报道较少。本文报道哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科腹腔镜治疗肺癌肝多发转移瘤 1 例,婴儿左外叶肝血管瘤 1 例。

1 临床资料

例 1 女性 45 岁。因背部隐痛不适,伴乏力消瘦 3 个月余于 2004 年 3 月 12 日入院。肺 CT 见左肺后基底段结节状占位,约 3.0 cm × 3.0 cm,提示左肺周围型肺癌;肝 CT 见肝内多发低密度占位,提示转移瘤。腹部彩超示肝左外叶 2.4 cm × 2.4 cm 及 0.6 cm × 0.7 cm 低回声团块,右后叶下缘 2.5 cm × 3.0 cm 低回声团块。Child 肝功能分级 A 级,AFP 正常。于 2004 年 3 月 15 日在全麻下手术,先取右侧卧位,常规开胸左肺下叶切除术。然后改为头高脚低左侧倾斜 30° 位。脐下做 10 mm 切口,置入气腹针和 trocar,建立气腹后置入腹腔镜,镜下于左、右上腹分别置入 trocar。探查见肝脏肿瘤 2 处位于左外叶,另 1 处根据 CT 定位于右后叶。以超声刀和 Ligasure 血管闭合系统游离左侧三角韧带、冠状韧带,将左外叶不规则切除(包括 2 个完整肿瘤)。然后游离并离断肝肾韧带,再离断右侧三角韧带、冠状韧带,将肝脏牵引向上向后,将右后叶肿瘤完整切除。肝脏断面以超声刀确切止血,探查无活动性出血及胆漏,创面喷生物蛋白胶,于手术部位放胶管引流 2 枚,将切除组织放入取物袋中,保护切口扩大切口取出。术中顺利,出血约 800 ml。手术时间 220 min。术后腹部恢复顺利,术后第 3 天拔尿管,第 5 天排便,第 6 天拔除右侧腹腔引流管,第 7 天拔除左侧腹腔引流管。病理诊断为左肺下叶高分化腺癌,肝脏左、右叶转移癌。术后 20 天完成第一次化疗后出院。术后 6 个月死于全身转移。

例 2 女性 9 个月。因感冒就诊发现上腹部肿物。彩超、CT 诊断为肝左叶 4.0 cm × 4.0 cm 低密度占位,考虑肝母细胞瘤。于 2004 年 9 月 22 日在全麻下行腹腔镜左外叶肿瘤切除术。脐下做 10 mm 切口,置入气腹针和 trocar,建立气腹(10 mm Hg, 1 mm Hg = 0.133 kPa)后,置入腹腔镜。探查见肿瘤位于肝脏左外叶(主要集中在Ⅱ段和部分Ⅲ段),约 4.0 cm × 4.0 cm,灰白色,与周围组织界限清,从肝脏膈面、脏面均可见到。镜下于左、右上腹置入 3 枚 trocar。将肝脏左外叶挑起,以超声刀切开肝左侧三角韧带,确定切除界限,应用超声刀将肝脏左外叶不规则切除。肝脏断面遇大血管以钛夹钳夹止血,冲洗肝脏断面,断面以超声刀确切止血,检查无活动性出血及胆漏,覆盖速即纱,喷生物蛋白胶,于断面下方放置胶管引流 1 枚,从右侧辅助操作孔引出,将肿瘤放入取

物袋中,从脐下方切口取出。切口皮下缝合。术中顺利,出血约 100 ml,输血 130 ml。手术时间 150 min。术后拔除胃管,8 小时后母乳喂养,术后第 1 天拔尿管,腹腔引流 5 日共 20 ~ 25 ml,为淡血性液体。第 6 天拔除腹腔引流管出院。病理回报为肝血管瘤。随访 3 个月,患儿健康,生长发育正常。

2 讨论

自 1991 年 Reich 等首次报道腹腔镜肝部分切除术以来,国内外现有超过 700 例腹腔镜肝切除的报道^[1],其中约 70% 为良性疾病,30% 为恶性疾病。肝脏是腹腔最大的实质性器官,血运非常丰富,具有肝动脉和门静脉双重血供特点。因此,腹腔镜肝脏部分切除术的一个关键问题是止血。止血主要利用超声刀和 Ligasure 血管闭合系统,对于较大的管道可采用连发钛夹钳夹。腹腔镜肝脏手术应准备好开腹器械,同时建立良好的静脉通道。腹腔镜下操作难以阻断肝门,肝切除时极易出血。如有难以控制的大出血,应及时果断中转开腹。

实践证明腹腔镜肝切除术是安全可行的,尤其左外侧叶的小肿瘤是最适宜的^[2]。腹腔镜左肝的游离具有常规手术不可比拟的优势,利用腹腔镜的放大作用和仅需较小的空间即可观察到非常小的血管,可非常清楚地游离肝脏周围韧带。目前认为腹腔镜肝肿瘤切除的适应证是:位于肝左叶、肝右叶下段的边缘型病变。

目前,对于肺癌肝转移的治疗,在能够外科切除的情况下,仍应以最小创伤姑息切除为最佳选择。本报告中病例 1 的肝脏转移瘤分别位于肝左外叶、右后叶下缘处。肝右后叶下段(Ⅶ段)的肿瘤,虽然未在肝脏表面,不易发现,但根据 CT 仔细定位,仍可以准确判断肿瘤位置。必要时还可应用术中 B 超定位。病例 2 肿瘤局限在左外叶,最适宜于腹腔镜肝部分切除术。对于 9 个月的婴儿来讲,开腹手术的创伤大,且术后护理困难。该方法痛苦轻,创伤小,并发症发生率低,恢复快,腹部切口不影响美观,住院时间短,很适于小儿患者。国内尚未见报道年龄如此小的腹腔镜肝切除病例。但要特别注意小儿患者对失血的耐受性较差,术中应密切观察患儿生命体征,必要时及时果断中转开腹。

参考文献

- 1 Rogula T, Gagner M. Current status of the laparoscopic approach to liver resection. Long Term Eff Med Implants 2004; 14: 23-31.
- 2 Gagner M, Rogula T, Selzer D. Laparoscopic liver resection: benefits and controversies. Surg Clin North Am 2004; 84: 451-462.

(收稿日期 2004-11-23)

(修回日期 2005-02-03)