

清晰。②运用超声刀切开胃脾韧带、胃结肠韧带和脾结肠韧带,游离胰体尾及脾脏,止血效果好。③使用 Endo-GIA 离断胰体,可有效预防胰漏。④施行保留脾脏的胰体尾切除术应仔细游离脾动、静脉。首先游离并切断胰颈部,将胰体尾部向上牵拉后可以很好地暴露脾动、静脉,然后利用腹腔镜的视觉放大作用,用解剖器和超声刀仔细分离出进入胰腺实质的脾动、静脉分支,并用超声刀凝断或钛夹夹闭后切断,分离时应尽量远离脾血管。牵拉胰体尾及分离脾动、静脉分支时切忌粗暴,以免引起脾动、静脉破裂出血,导致手术失败^[5]。

2.4 LDP 并发症防治

腹腔镜胰体尾切除术有一定并发症发生率,其常见并发症有出血、胰漏、脾梗死、脾床积液、肠梗阻等。腹腔镜下胰腺腺端缝合对术者的缝合技术有相当高的要求,镜下缝合技术经验不足建议使用 Endo-GIA 离断胰体。本例术中应用 Endo-GIA 切断,不但大大减少了手术时间,而且其良好的切割闭合作用还有效预防了术后胰残端出血及胰漏的发生。脾动静脉的离断用可吸收钛夹夹闭,可有效防止术中及术后出血。胰、脾床引流是预防脾窝积液的有效手段。保留脾脏

的胰体尾切除时采用 Kimura 法保留脾动、静脉血管可明显降低脾梗死的发生率。

参考文献

- 1 Cuschieri A, Jakimowicz JJ, van Spreeuwel J. Laparoscopic distal 70% pancreatectomy and splenectomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg*, 1996, 223: 280 - 285.
- 2 朱一平, 牟一平. 腹腔镜胰体尾切除术的方法与现状. *中国微创外科杂志*, 2002, 2(增刊): S98 - S99.
- 3 Warshaw L. Conservation of the spleen with distal pancreatectomy. *Arch Surg*, 1998, 123: 550 - 553.
- 4 Fernandez C, Martinez I, Gilabert R, et al. Laparoscopic distal pancreatectomy combined with preservation of the spleen for cystic neoplasms of the pancreas. *J Gastrointest Surg*, 2004, 8: 493 - 501.
- 5 牟一平, 徐晓武, 王观宇, 等. 腹腔镜胰体尾切除术的临床应用. *中华医学杂志*, 2005, 85: 1786 - 1787.

(收稿日期: 2007 - 04 - 18)

(修回日期: 2007 - 10 - 17)

(责任编辑: 李贺琼)

· 个案报告 ·

腹腔镜肝癌切除术 1 例报告

孙明生 邱荣飞 勒世联 熊隆信

(南昌市第一医院普外科, 南昌 330008)

中图分类号: R735.7

文献标识: D

文章编号: 1009 - 6604(2008)03 - 0288 - 01

1 临床资料

患者男, 56 岁, 因右上腹不适 1 个月, 发现肝占位性病变 4 d 入院。既往有乙肝病史 20 多年。CT 检查示肝右叶下段有一边缘较清的类圆形低密度影, 6.1 cm × 4.5 cm, 增强后有不规则强化。甲胎蛋白 (AFP) > 1210 IU/ml (化学发光法, 正常值 0 ~ 5 IU/ml)。术前诊断为原发性肝癌, 肝炎后肝硬化代偿期。

2005 年 8 月 5 日在全麻下行腹腔镜手术。右腰背垫高 30°, 右上臂上举固定。取脐下缘切口 10 mm, 盲穿法置入 10 mm trocar, 建立气腹, 压力为 13 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。在腹腔镜的监视下, 于脐稍上方右锁骨中线、腋前线置入 5 mm trocar, 脐稍上方左锁骨中线置入 10 mm trocar。探查腹腔见: 肝脏呈结节性肝硬化, 肿瘤位于肝 VI 段, 稍突出于肝包膜。电凝钩游离右冠状韧带、肝肾韧带, 先以电剪距肿瘤边缘 1.5 cm 切开肝包膜, 再用超声刀逐步分离肝组织。所遇管道, 细小者以超声刀凝闭后切断, 较粗大的则以钛夹夹闭后切断, 直至将肿瘤整块切除。以生理盐水冲洗创面, 检查创面无出血和胆漏, 创面喷洒生物蛋白胶。将标本装入取物袋内, 于右肋缘下做一小切口取出。放置引流管 1 根。手术时间 350 min, 出血 1200 ml。术后常规护肝及预防感染等治疗。术后发现声嘶, 诊断为环杓关节脱位, 经行环杓关节拨动术而愈。术后第 12 天出院。病理诊断为肝细胞肝癌, 结节性肝硬化。2005 年 9 月 17 日行预防性肝动脉化疗及栓塞治疗一次。随访 24 个月, 复查 AFP 18 ng/ml (放射免疫法, 正常值 < 20 ng/ml), 肝脏 CT 未见异常。

2 讨论

腹腔镜肝切除术被认为是高难度、高风险的手术。主要原因在于没有理想的腔镜下断肝器械, 肝创面的出血难以得到满意的控制, 因此, 临床上开展该手术有一定的限制。然而, 近年来报道的病例数越来越多, 在断肝技术和器械方面也有了一些进展, 其安全性和可行性也得到了较好的论证。

对于肝脏的恶性肿瘤, 目前主要开展的有原发性肝癌、结直肠癌肝转移、乳腺癌肝转移肿瘤等。对于腹腔镜肝癌切除术的适应证, 目前为病变位于 Couinaud II、III、IVa、V、VI 段; 病灶 < 10 cm 并且不影响第一和第二肝门的解剖, 患者肝功能要求在 Child - Pugh 分级 B 级以上, 其他脏器无严重器质性病变^[1]。本手术的成功, 提示合并肝硬化的肝癌也可以经腹腔镜行肝癌切除。

如何减少切肝时肝断面的出血是腹腔镜肝切除术中的关键^[2]。掌握运用适当的断肝器械是腹腔镜断肝技术的重要内容之一。目前运用于临床的腹腔镜切肝器械已经有多种, 如超声刀、腹腔镜专用多功能手术解剖器 (PMOD)、盐水增强电刀 (saline-enhanced electrocautery) 等, 尽管还不够理想, 但是也各有其特点。对于选择合适的病例, 超声刀有切割方便、出血少的优点。然而, 对于合并肝硬化者, 大范围切除时要慎重对待。因为此时肝组织较韧, 解剖分离困难, 超声刀的止血作用差, 出血和渗血较多。使用时要注意运用超声刀的慢速档, 小块地分离肝组织以尽量减少肝断面的出血。

本例手术断肝过程中, 解剖肝右后下段静脉时有部分静脉壁撕裂, 导致出血较多。以左手分离钳暂时控制出血, 连续上多枚钛夹后得以止血。断肝时不仅要有适当的器械, 细致的操作和镇静的心理状态也是进行完全腹腔镜肝切除术的重要因素。

本例术后随访 24 个月, 经血甲胎蛋白和肝脏 CT 平扫及增强检查, 未发现异常, 该病例取得了较好的治疗效果。

参考文献

- 1 Kaneko H, Takagi S, Otsuka Y, et al. Laparoscopic liver resection of hepatocellular carcinoma. *Am J Surg*, 2005, 189(2): 190 - 194.
- 2 王可新, 张高峰. 腹腔镜肝切除术断肝方法的研究进展. *腹腔镜外科杂志*, 2003, 8(4): 251 - 252.

(收稿日期: 2007 - 08 - 13)

(修回日期: 2007 - 10 - 15)

(责任编辑: 李贺琼)