

· 短篇报道 ·

腹腔镜下肝包虫囊肿外囊完整摘除术 3 例报道

姬永忠 李发智

(兰州军区总医院安宁分院微创外科中心, 兰州 730070)

中图分类号: R657.3

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2008)05-0475-02

肝包虫病是细粒棘球蚴寄生在肝脏所致的一种寄生虫病, 常见于我国西北及西南广大畜牧地区, 外科手术是其治疗的主要手段^[1], 过去多采用开腹肝包虫内囊摘除, 目前在临床上多采用腹腔镜下肝包虫内囊摘除、外囊开放术, 但因为残腔的存在及包虫未能完全杀灭, 导致复发。我们在顺利完成 20 余例腹腔镜下肝包虫内囊摘除、外囊开放术的基础上, 开展腹腔镜下肝包虫囊肿外囊完整摘除术 3 例, 效果良好, 报道如下。

1 临床资料

例 1, 女, 41 岁, 以“开腹肝包虫内囊摘除术后 9 年, 右腰背部胀痛 4 月余”入院。腹部 CT 示: 肝脏右后叶见 4.7 cm × 3.0 cm 椭圆形低密度影, 考虑为肝包虫复发。于 2005 年 8 月 16 日在全麻下行腹腔镜肝包虫囊肿外囊摘除术, 患者取平卧位, 头高 15°, 左倾 15°~30°。利用四孔法(与胆囊切除戳孔位置相似), 见腹腔内有多处粘连, 用超声刀及电凝钩分离粘连后, 见肝包虫囊肿于肝脏右后叶下段, 呈灰白色, 表面光滑, 大小约 5 cm × 5 cm。术中注意对于外囊表面的组织尽量保留, 避免切开外囊。用胆囊抓钳提起肝包虫外囊顶部, 用超声刀及电凝钩在肝包虫外囊与肝脏之间钝性加锐性分离, 紧贴外囊, 勿损伤过多肝组织, 遇细管道用超声刀凝断, 遇明显管道疑为较大血管或胆管均用钛夹夹闭, 移去肝包虫囊放入污物袋。用腹腔镜靠近观察残腔, 用电凝棒电凝残腔, 有胆漏时用钛夹夹闭。观察无明显出血、胆漏, 用生物蛋白胶封闭残腔。常规放置腹腔引流。延长脐部切口至 3 cm, 将肝包虫外囊连同污物袋完整取出。手术时间 120 min, 出血 200 ml。术后随访 24 个月, 无复发。

例 2, 男, 46 岁, 以“开腹肝包虫内囊摘除术后 20 余年, 腰背部胀痛 3 年余”入院。CT 检查提示: 多囊肾(双侧), 多囊肝, 肝脏右叶可见 8.0 cm × 8.0 cm 椭圆形低密度影, 考虑为肝包虫复发, 胆囊结石。于 2006 年 3 月 8 日在全麻下行腹腔镜下肝包虫囊肿摘除、胆囊切除、肝肾囊肿开窗引流术。体位开始为头高 15°, 右倾 15°~30°, 后为左倾 15°~30°, 做左侧时增加左侧腋前线戳孔和中线脐上 5 cm 戳孔, 及左腋前线戳孔。右侧同前。先行左肾囊肿开窗引流, 分离粘连后, 再切除胆囊, 然后将肝包虫囊肿摘除, 最后将右侧肾囊

肿、肝囊肿开窗引流。术中见左肾脂肪囊局部变黑、发硬, 左肾上极可见约 30 个直径 3 cm 囊肿, 囊液发黑, 呈巧克力色, 囊肿呈葡萄串状, 整个左肾未见正常肾组织; 整个肠管与腹膜及侧腹壁粘连紧密, 右侧肝叶与腹壁粘连并悬吊于腹壁, 结肠多处成角悬挂于腹膜; 右肾可见 3 个囊肿, 大小在 4 cm × 3 cm × 2.5 cm 至 6 cm × 5.5 cm × 5 cm 之间; 肝脏右叶可见灰白色的 8 cm × 8.5 cm 的肝包虫囊; 肝脏表面可见多个直径 2 cm 囊肿; 胆囊受粘连影响, 成角变形, 大小约 9 cm × 4.5 cm。方法同例 1。在右上腹肋缘下原刀口处切开 3 cm, 将肝包虫外囊连同污物袋完整取出。手术时间 210 min, 出血 300 ml。术后随访 17 个月, 无复发。

例 3, 男, 44 岁, 以“右上腹部胀痛不适 9 月余”入院。腹部 CT 示: 肝脏左外叶 6.8 cm × 5.0 cm 椭圆形低密度影, 内有子囊, 囊壁明显增厚及钙化, 考虑为肝包虫合并感染, 胆囊结石。于 2006 年 7 月 8 日在全麻下行腹腔镜下肝包虫囊肿摘除、胆囊切除术, 方法同例 1。术中见胆囊与网膜广泛粘连, 肝脏前面与腹壁亦有较多粘连带, 用超声刀及电凝钩分离粘连后, 见肝包虫囊位于肝脏左外叶, 呈灰白色, 表面光滑, 7 cm × 7 cm。胆囊大小约 8 cm × 4.5 cm。先切除胆囊, 再将肝包虫囊肿切除。延长脐部切口至 3 cm, 将肝包虫外囊连同污物袋完整取出。手术时间 90 min, 出血 200 ml。术后随访 12 个月, 无复发。

2 讨论

自 1992 年谭家忠应用腹腔镜行肝包虫内囊摘除术以来, 腹腔镜技术治疗肝包虫病已成为一种安全、可行、有效的微创新方法^[2], 但外囊的残留仍导致肝包虫术后存在一定复发率^[3]。

因此, 我们在成功开展腹腔镜肝包虫内囊摘除的基础上, 开展腹腔镜肝包虫囊肿摘除术。腹腔镜下肝包虫囊肿摘除术, 完整地切除了包虫的外囊, 无囊液外溢, 解决了因包虫头节残存而导致的复发难题。主要可能出现的并发症为出血、胆漏和外膜破裂时出现的过敏性休克。我们术中发现, 肝包虫外囊为一层坚韧的纤维结缔组织, 厚 1~3 mm, 包虫复发或包虫感染后外囊比以往更加增厚并有钙化, 一般不会在术中破裂。本组 3 例均无外囊破裂, 从而避免了术中囊液

污染周围组织及过敏性休克的危险。沿外囊与肝组织间隙分离,做到了最大限度地减少对肝实质的损伤,并保护周围肝内的管道系统,同时,在此间隙中分离也不会发生大出血,且无需阻断入肝血流。本组 3 例出血均不多,术中也未见大血管与外囊相连,对于细小血道均做电凝处理,对于明显胆管、血管均用钛夹夹闭,创面用生物蛋白胶封闭,未出现任何并发症。远期效果等待随访。

腹腔镜下肝包虫囊肿摘除术适应证如下:①肝脏膈面的并靠近边沿的单发性肝包虫囊肿,如位于右前叶、后叶前部,左肝外叶等;②外囊壁要有一定厚度,一般 $> 3 \text{ mm}$,CT 可以提示,如复发性肝包虫、肝包虫感染致外囊壁明显增厚钙化;③靠近边沿的肝脏膈面的多发性肝包虫囊肿,分别位于左右两叶;④心肺功能好,能耐受腹腔镜手术。禁忌证:①囊肿位置靠近肝门,腹腔镜下显露困难;②多发性肝包虫;③直径 $> 10 \text{ cm}$ 的巨大肝包虫囊肿;④向其他器官穿破的肝包虫囊肿。

开展腹腔镜下肝包虫囊肿摘除术要注意几个问题:首先,术者必须有丰富的切除肝脏的经验,遇到出血要冷静处理;其次,要沿着外囊和肝脏的间隙分离,这样就避免切到大

量的肝组织,引起出血及胆道损伤,出现胆漏。同时应做好开腹的准备。

我们开展的腹腔镜下肝包虫囊肿摘除术,术式安全,操作亦不复杂,最大限度降低常规及腹腔镜肝包虫内囊摘除术后复发和腹腔残腔。对于多发肝包虫,能否先行腹腔镜肝包虫内囊摘除术后再行腹腔镜下外囊摘除术,有待进一步研究。

参考文献

- 1 罗剑平,木合然木. 肝包虫囊肿 126 例临床分析. 中国普通外科杂志,2004,13(3):236-237.
- 2 王自立. 应用腹腔镜治疗腹部包虫囊肿. 中国实用外科杂志,1998,18(4):273-274.
- 3 谢金敏,高毅,师龙生. 腹腔镜治疗肝包虫病:附 120 例报告. 中国普通外科杂志,2004,13(12):892-894.

(收稿日期:2007-08-29)

(修回日期:2007-11-28)

(责任编辑:王惠群)