

腹腔镜技术在基层医院肝脏外科的应用

高文灿 顾继礼 许建伟

(江苏省泰兴市人民医院普外科, 泰兴 225400)

中图分类号: R657.3

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)04-0382-02

肝脏血运十分丰富,切面容易出血,腹腔镜下肝门阻断较为困难,而且没有理想的腹腔镜下切肝工具,使腹腔镜技术在肝脏手术,尤其是肝叶切除中的应用受到限制,发展缓慢,难以推广^[1]。2005 年 6 月~2008 年 5 月我院成功进行 9 例腹腔镜肝脏手术,尤其是 2007 年成功开展 1 例腹腔镜肝癌切除,为基层医院腹腔镜技术在肝脏手术中的应用推广做了有益的探讨,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 9 例,男 5 例,女 4 例。年龄 46~63 岁,平均 54.5 岁。肝脏囊肿 5 例,其中单个囊肿 4 例,大小 10~25 cm;多发囊肿 1 例,最大 18 cm;肝脏脓肿 3 例:单发 2 例,多发 1 例,脓腔分别是 20、16、14 cm;肝癌 1 例,肿瘤位于左肝外叶,肿瘤 2.0 cm。肝脏囊肿病人以右上腹胀痛就诊;肝脏脓肿病人以右上腹胀痛伴发热就诊;肝癌病人以右上腹隐痛就诊,肿瘤位于左肝外叶。

病例选择标准:肝脏囊肿和脓肿,位于左右肝边缘的恶性肿瘤,大小不超过 5.0 cm,病人无重大心肺疾患,能耐受手术。

1.2 方法

全麻,仰卧位。在脐下缘、剑突下、右肋缘下或左肋缘下、右侧腹或左侧腹上置入 4~5 个 5~10 mm trocar 操作。肝脏囊肿:在腹腔镜下切除尽可能的囊壁,充分吸净囊液,于囊腔放置引流管。肝脏脓肿:打开脓肿壁,吸净脓液,反复冲洗,最后置管引流。肝癌:在腹腔镜下切断肝圆韧带和肝镰状韧带,距肿瘤 2.0cm 用超声刀分离、切除肿瘤,切除面电凝止血,可吸收夹钳夹胆管及血管,切除面附近放置引流管,肿瘤放置手套中从助手操作孔延长 5 cm 切口取出。

术后肝脏囊肿给于抗感染、保肝治疗,术后 6 h 进食,术后 1 周拔引流管。肝脏脓肿给于抗感染、保肝、营养支持治疗,术后 6 h 进食,10 d 左右复查 B 超,脓肿消退后拔引流管。肝癌给于抗感染、保肝、营养支持、防治腹水形成等治疗,24 h 后进食,术后

3 d 拔引流管。

2 结果

5 例肝脏囊肿手术时间 20~40 min,术中出血少于 50 ml,术后住院时间 4~6 d,术后随访 2 年,没有任何并发症。3 例肝脏脓肿手术时间分别 2、1.5、1 h,术中出血 200、150、100 ml,术后住院时间 7、6、5 d,术后随访 20、18、15 个月,无并发症。1 例肝癌手术时间 3 h,术中出血约 400 ml,术后住院 10 d,随访 7 个月无并发症,肿瘤未见复发或转移。

3 讨论

目前,腹腔镜肝脏手术在全国逐渐推广,尤其是三级医院发展迅速,肝脏囊肿常规行腹腔镜手术,肝脏脓肿大多数行腹腔镜手术,原发性肝癌行腹腔镜手术也越来越多,而在基层医院腹腔镜肝脏手术开展甚少。

腹腔镜肝癌切除,最大限度地减少对肝脏的挤压与搬动,最大限度地保存了有功能的肝组织,最大限度地减少对机体免疫力功能的影响,术后恢复快,进食早,住院时间短,术后肠粘连发生少,对机体免疫功能影响小。由于腹腔镜的放大作用,可以对肝脏内 2.0 mm 以上的脉管进行有效地处理,从而有效地减少术后出血和胆漏的发生。由于对肝功能的影响小,减少术后腹水的机会,特别对肝硬化患者尤为重要^[2]。因此,单纯腹腔镜肝癌切除术在肝脏边缘小肿瘤或左肝肿瘤的切除术中具有明显优势^[3]。基层医院在设施齐备、人才具备,而且有合适病例的情况下,可以行腹腔镜肝癌切除术。

由于我院是基层医院,设备相对落后,腹腔镜肝脏切除水平较低,目前只能进行肝囊肿、肝脓肿和左肝外叶肿瘤的手术。腹腔镜肝脏手术的难点在于肝脏是实质性器官,具有双重血供,血运非常丰富,极易出血,且腹腔镜下出血控制较困难,影响手术视野,手术难度极大;其次,腹腔镜下肝脏恶性肿瘤切除的彻底性和安全性,目前仍有争议^[1]。没有有效的切肝工具,不能有效地阻断肝脏血管,使得腹腔镜

(下转第 384 页)

(上接第 382 页)

肝脏手术比传统的开腹手术更具风险性。所以,基层医院腹腔镜技术在肝脏手术中的应用和推广较缓慢。我院成功开展了 9 例腹腔镜肝脏手术,为基层医院腹腔镜技术在肝脏手术中的应用和推广做了尝试,应该说基层医院完全可以开展腹腔镜肝脏手术,但需严格掌握手术适应证。

基层医院开展腹腔镜肝脏手术须把握严格的适应证。肝脏囊肿;肝脏脓肿;左肝外侧叶及右肝叶下缘位于肝脏表面的肿瘤。一般来讲,良性病变要求大小不超过 5 cm(外生性肿瘤除外),恶性肿瘤一般要求其直径 ≤ 3 cm。对于肝脏膈面及肝实质深部的肿瘤,病灶累及肝门、下腔静脉;肿瘤较大(良性肿瘤直径 > 15 cm,恶性肿瘤直径 > 10 cm^[4]),翻动暴露困难,视野受限及肿瘤定位困难等原因不适合于腹腔镜手术,尤其是恶性肿瘤,即使勉强切除下来,但难免在操作中弄破肿瘤,致使肿瘤扩散,故不适宜腹腔镜手术。有上腹手术史,腹腔粘连严重等为相对禁忌证。

对手术医生的要求:十分熟悉肝脏精细的解剖结构;掌握娴熟的腹腔镜技术,必须具有灵活的腔镜下缝合、打结和切割等技术;有丰富的开腹肝脏切除的经验;严格掌握适应证;有配合默契的手术团体。

基层医院如果具有腹腔镜肝脏手术的器械,有良好腹腔镜技术和开腹肝脏手术的经验,完全可以开展肝囊肿、肝脓肿的腹腔镜手术;对有左肝外叶或右肝前叶边缘的良恶性肿瘤的病例,在病人知情同意下,同样可以行腹腔镜下肝脏肿瘤切除术。

参考文献

- 1 蔡秀军,林立忠,虞 洪,等.腹腔镜肝癌切除术 15 例报告.中国微创外科杂志,2005,5(1):15-17.
- 2 林建华,李朝龙.腹腔镜肝切除的术前血管预处理.中华肝胆外科杂志,2001,7(7):391-392.
- 3 赖越元,夏金堂,温敏杰,等.腹腔镜肝癌切除术的临床应用价值.广东医学,2006,27(2):209-210.
- 4 江文枢,卢榜裕,蔡小勇,等.腹腔镜左半肝切除术 28 例报告.中国实用外科杂志,2008,28(2):128-129.

(收稿日期:2008-07-18)

(修回日期:2008-11-19)

(责任编辑:李贺琼)