

# 胸腔镜下经膈肌途径治疗Ⅶ、Ⅷ段肝囊肿 1 例报告

王爱东 叶中瑞<sup>①</sup>

(浙江省台州医院肝胆外科, 临海 317000)

中图分类号: R735.7

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2009)04-0383-02

腹腔镜肝囊肿开窗引流术已成为肝囊肿首选的治疗方法<sup>[1]</sup>, 但对于腔镜器械无法触及的特殊部位的肝囊肿, 腹腔镜手术难以完成或治疗不彻底, 疗效差, 易复发。2008 年 5 月 10 日我们在胸腔镜下经膈肌切开治疗肝Ⅶ、Ⅷ段囊肿 1 例, 取得良好疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

患者女, 54 岁, 因右肩背部酸胀不适 2 个月, B 超发现肝囊性占位 1 周入院。血常规、血生化、恶性肿瘤抗原系列(癌胚抗原、甲胎蛋白、糖类抗原 19-9)无异常; 肝胆 B 超示右肝膈顶部囊性占位, 肝内外胆管无扩张; 肝脏 MRI 示右肝Ⅶ、Ⅷ段囊性占位(图 1A), 6 cm × 7 cm 大小, 诊断右肝囊肿。MRCP 提示肝内外胆管树正常, 囊肿与胆道不相通(图 1B)。患者无包虫病疫区居留史。术前检查无手术禁忌, 遂在胸腔镜下经右横膈切开行肝囊肿开窗引流术。

全身麻醉, 气管插管, 控制性左肺通气。右第 6 肋间腋前线做 1 cm 切口, 置入 10 mm trocar, 左侧卧位, 置入胸腔镜, 胸腔镜监视下分别于右第 8 肋间锁骨中线、腋中线做 1 cm 切口进胸, 建立操作通道。探查右胸腔无异常, 右肺塌陷满意, 右膈顶饱满, 按压有囊性感, 卵圆钳提夹膈顶部, 电凝钩前后方向切开膈肌(图 2), 提起膈肌切缘, 分别向前后延长切口并分离部分冠状韧带及肝裸区后, 可见右肝顶部约Ⅶ、Ⅷ段囊性包块, 其内囊液清澈, 顶盖大小约 4.5 cm × 5.5 cm, 囊肿部分位于肝裸区, 术中诊断同术前。腔镜下彭氏多功能解剖器刺破囊壁, 吸净囊液, 沿边缘切除囊肿顶盖(图 3), 直视下深部囊壁胆管血管束清晰可见, 氩气刀喷灼整个残腔内壁(图 4), 观察无出血、胆漏或渗出, 间断缝合膈肌切口(图 5)。右胸腔生理盐水冲洗, 吸净, 置胸腔闭式引流管 1 根, 膨右肺, 缝合胸壁切口, 结束手术。术中无出血。术后预防性抗感染治疗, 鼓励咳嗽, 当日进食。术后 2 d 胸腔管无气体及渗液引出, 拍胸片无异常拔除引流管, 术后 4 d 出院。术后 1 个月复查 B

超未见囊肿复发。

## 2 讨论

肝囊肿通常被认为是老年性退行性病变或先天性疾病, 在正常人群中检出率为 2.5% ~ 5%, 其中仅有 15% 有临床症状<sup>[2]</sup>, 诊断相对容易, 很容易与肝癌、血管瘤、肝脓肿等鉴别。在疫区, 肝包虫性囊肿常见, 须加以鉴别, B 超、CT 或 MRI 均有很高诊断价值。肝囊肿一旦确诊, 是否需要处理及具体处理方式视具体情况而定, 一般认为囊肿恶变可能性极小, 直径 < 4.5 cm 者可暂不予治疗, 定期 B 超随访。B 超或 CT 引导下肝囊肿穿刺抽液技术简单, 但复发率高达 100%<sup>[3]</sup>, 穿刺加无水酒精或硬化剂注射疗效亦不可靠, 故目前多不主张采用。

腹腔镜技术是近年来肝囊肿治疗手段的主要进展之一, 与开腹手术相比, 具有创伤小, 手术时间短, 术后恢复快, 复发率低等特点<sup>[2]</sup>, 对于Ⅱ ~ Ⅵ段肝脏单一囊肿、互不相通的多发囊肿或者内镜下可见的Ⅶ、Ⅷ段肝表浅囊肿, 腹腔镜手术效果较好。手术方法是尽可能多地切除囊肿顶部, 充分引流并作囊腔内壁烧灼, 或填塞网膜组织避免囊腔闭合, 以减少复发。对于局限于肝左外叶、残余肝组织已受压萎缩的囊肿, 可行腹腔镜下左肝外叶切除, 以达到根治。

本例右肝Ⅶ、Ⅷ段深部囊肿, 有明显临床症状, 通过患者体位调节, 腹腔镜手术也许可勉强完成, 但由于囊壁顶部可能切除不完全, 且位置深在, 囊内壁难以烧灼破坏, 积液易生成加之膈肌覆盖难以引流, 容易复发。胸腔镜下切开膈肌, 可见囊肿全貌, 去顶完全, 直视下囊肿内壁清晰可见, 用氩气刀喷灼内壁安全可靠, 既可完全破坏内皮细胞减少囊液生成, 又无损伤血管、胆管导致术后出血、胆漏之忧, 胸腔镜下膈肌缝合操作简便, 由此胸腔镜下治疗同样达到微创目的。若术中发现囊腔渗出多, 同时行腹腔镜下膈下置管引流亦较方便, 本例胸腔镜下观察囊腔无明显渗出, 故未放置膈下引流管。如术中发现伴有胆漏或出血一般需中转开腹处理。

<sup>①</sup> 心胸外科

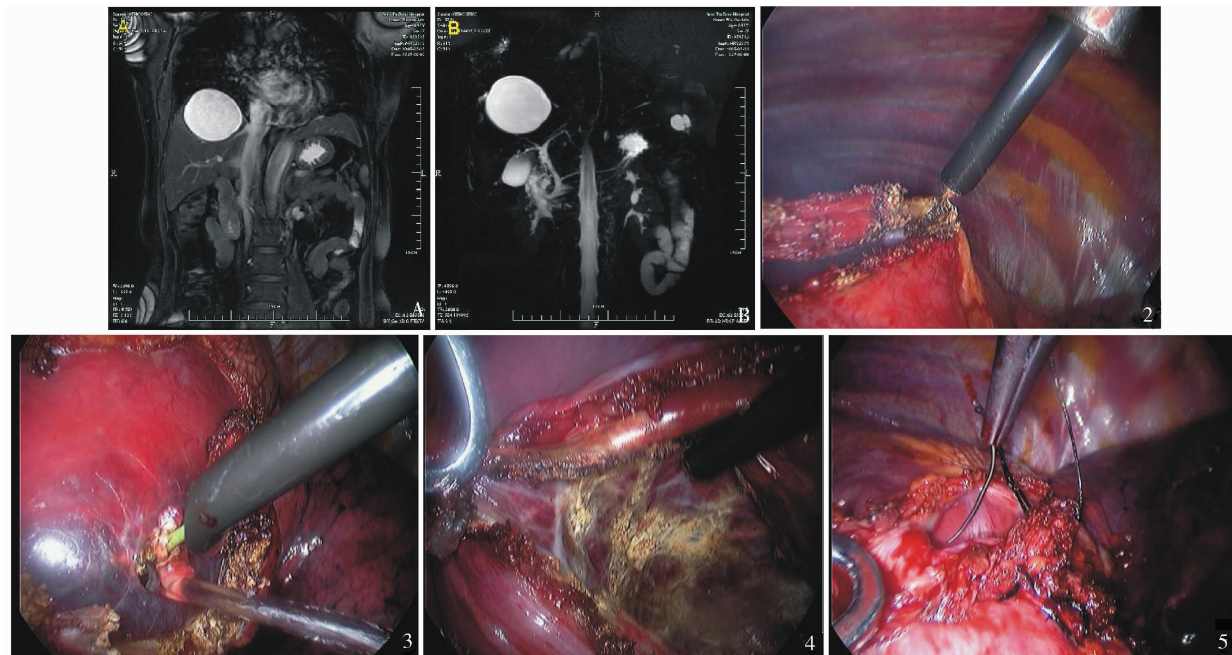


图 1 A. 肝脏 MRI 提示肝膈顶部单一囊肿; B. MRCP 提示囊肿不与胆道相通 图 2 胸腔镜下膈肌切开 图 3 肝囊肿去顶术 图 4 氩气刀喷灼囊肿内壁 图 5 缝合膈肌切口

Teramoto 等<sup>[4]</sup>对位于第Ⅷ段、远离大血管、直径 < 3 cm 的浅表肝癌行胸腔镜下经膈肌切除,取得良好疗效。我们认为对于肝脏膈顶部囊肿,抑或是需局部切除之膈顶部小的良恶性病灶,经胸腔镜膈肌切开途径或者同时联合腹腔镜途径也许不失为一种可选的微创治疗方案,值得临床进一步探讨,但需要有经验的心胸外科医生的合作。另外,完美的膈肌缝合,有效的胸腔闭式引流,必要时腹腔镜下放置膈下引流管是手术成功、减少术后并发症的关键。

## 参考文献

1 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): 59-67.

2 Gloor B, Ly Q, Candinas D. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery. Dig Surg, 2002, 19(6): 494-499.

3 Cigot JF, Legrand M, Hubens G, et al. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: Adequate selection of patients and surgical technique. World J Surg, 1996, 20(5): 556-561.

4 Teramoto K, Kawamura T, Takamatsu S, et al. Laparoscopic and thoracoscopic approaches for the treatment of hepatocellular carcinoma. Am J Surg, 2005, 189(4): 474-478.

(收稿日期: 2008-09-16)

(修回日期: 2008-10-08)

(责任编辑: 李贺琼)