

腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗直径 > 10 cm 肝囊肿 36 例

刘吉平* 张国胜 高志伟

(河北省秦皇岛市抚宁县人民医院微创外科, 秦皇岛 066300)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿的效果。 **方法** 2010 年 1 月 ~ 2014 年 5 月, 采用腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿 36 例, 囊肿直径 10 ~ 26 cm, 其中直径 ≤ 20 cm 29 例, > 20 cm 7 例。腹腔镜下肝囊肿开窗引流, 碘酒及无水酒精涂擦烧灼破坏囊壁细胞, 取带蒂大网膜填塞囊腔。 **结果** 手术均顺利完成, 手术时间 45 ~ 115 min, (80.4 ± 13.1) min, 无腹腔感染, 腹部切口均一期愈合。住院时间 5 ~ 10 d, (6.4 ± 1.2) d。术后随访时间 6 ~ 12 个月, (9.3 ± 1.5) 月, 复查肝脏 B 超或 CT, 均未见复发。 **结论** 腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿具有创伤小、恢复快、住院时间短、效果好等优点。

【关键词】 腹腔镜; 肝囊肿; 带蒂大网膜; 填塞术
中图分类号: R735.7 **文献标识:** A **文章编号:** 1009 - 6604 (2015) 07 - 0632 - 03
doi: 10.3969/j.issn.1009 - 6604.2015.07.016

Laparoscopic Filling with Pedicled Greater Retina for Hepatic Cysts Bigger Than 10 cm in Diameter: a Report of 36 Cases
Liu Jiping, Zhang Guosheng, Gao Zhiwei. Funing People's Hospital of Hebei Province, Qinhuangdao 066300, China
Corresponding author: Liu Jiping, E-mail: tiger120007@sina.com

【Abstract】 Objective To evaluate the effects of laparoscopic filling with pedicled greater retina for hepatic cysts. **Methods** Clinical data were reviewed on 36 patients with hepatic cysts undergoing laparoscopic filling with pedicled greater retina from January 2010 to May 2014. The diameters of cysts ranged from 10 to 26 cm, with a diameter smaller than 20 cm in 29 patients and bigger than 20 cm in 7 patients. Laparoscopic fenestration of hepatic cysts was performed to destroy cyst cells with iodine and absolute alcohol. Pedicled greater retina was used for filling the cavity of cysts. **Results** The procedures were completed smoothly. The operative time was 45 - 115 min, with an average of (80.4 ± 13.1) min. No abdominal cavity infection happened. Primary healing of abdominal incision was achieved in all the patients. The postoperative hospital stay was 5 - 10 d, with an average of (6.4 ± 1.2) d. All the 36 patients were followed up for 6 - 12 months with a mean of (9.3 ± 1.5) months. None of the patients showed recurrence under liver B-ultrasonography or CT scanning. **Conclusion** Laparoscopic filling with pedicled greater retina for hepatic cysts has advantages of minimal invasion, quick postoperative recovery, short hospital stay, and good results.

【Key Words】 Laparoscopic; Hepatic cyst; Pedicled greater retina; Filling

非寄生虫性肝囊肿多为先天性, 系胚胎发育畸形所致, 生长缓慢, 预后良好, 直径 < 5 cm 无症状的囊肿不需特殊治疗, 直径较大的囊肿常需手术治疗。随着腹腔镜技术的发展和相关器械设备的引进, 腹腔镜下肝脏手术技术的完善, 腹腔镜技术可作为肝囊肿的首选治疗方法^[1]。直径 < 10 cm 的肝囊肿一

般采取开窗引流术, 而对于直径 > 10 cm 者需带蒂大网膜填塞以达到彻底治愈的目的。2010 年 1 月 ~ 2014 年 5 月, 我们采用腹腔镜囊肿开窗引流、带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿 36 例, 效果满意, 现报道如下。

* 通讯作者, E-mail: tiger120007@sina.com

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 36 例,男 7 例,女 29 例。年龄 33 ~ 65 岁, (47.7 ± 6.1) 岁。有不同程度的腹饱胀不适 23 例,上腹疼痛 1 例,无任何症状体检发现 12 例。均行 B 超、CT 或 MRI 等明确诊断,单发肝囊肿 27 例,位于右叶 22 例,左叶 5 例;多发肝囊肿 9 例。囊肿直径 10 ~ 26 cm,其中直径 ≤ 20 cm 29 例, > 20 cm 7 例。囊肿主要位于 II ~ V 段膈面及脏面, VI、VIII 段膈面,其中膈面 20 例,脏面 16 例。肝功能异常 18 例,总胆红素 22.10 ~ 121.13 μmol/L,直接胆红素 7.10 ~ 29.36 μmol/L,丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 47 ~ 174 IU/L,天冬氨酸氨基转移酶 (AST) 43 ~ 165 IU/L。合并胆囊结石 2 例。

病例选择标准:表浅易显露,直径 > 10 cm 的肝囊肿。排除标准:①直径 < 10 cm 的肝囊肿;②术前影像学检查发现囊肿与胆道相通;③寄生虫性肝囊肿及囊肿可疑恶变;④囊肿位于肝脏深部或囊肿表面肝组织较厚;⑤全身情况不能耐受腹腔镜手术。

1.2 手术方法

气管插管全麻,头高脚低仰卧位,根据囊肿大小、部位调整角度及左右倾斜程度,以充分显露手术视野为宜。采用三孔法,于脐下缘做一长 10 mm 切口,气腹针建立 CO₂ 气腹,压力 12 ~ 15 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa),置入 trocar 和腹腔镜观察。剑突下长 10 mm 切口为主操作孔,右肋下或左肋下长 5 mm 切口为辅助孔,位置根据囊肿大小、部位灵活掌握。如与膈肌或网膜粘连,先分离粘连。结合术前 CT 检查及术中观察,判定囊肿部位,穿刺针先抽吸囊液,留 5 ml 囊液送细菌培养及药物敏感试验。观察囊液性状,如为胆汁样,考虑囊肿与胆道相通,应转开腹手术。如无胆汁样液体,行腹腔镜开窗引流、带蒂大网膜填塞术。尽量将囊液抽吸干净,用电凝钩沿囊壁与正常肝组织交界处电凝切除囊壁并取出,断面渗血处用双极电凝止血。囊腔内肝血管及胆管骨骼化,冲洗囊腔,残余囊腔用 3% 碘酒及无水酒精涂擦烧灼,减少囊壁细胞再分泌,再用生理盐水冲洗,取最近带蒂大网膜填塞囊腔,同时恢复仰卧位或略头低脚高位,用可吸收夹将大网膜与囊壁四周固定。对多发肝囊肿,小的囊肿也要彻底开窗引流,大网膜填塞最大囊腔。2 例合并胆囊结石者先行胆囊切除再处理肝囊肿。于肝下放引流经辅助操

作孔引出体外并缝合固定。囊壁送病理检查。

2 结果

36 例均在腹腔镜下顺利完成手术,其中 2 例同时行胆囊切除术,3 例行粘连松解术,无中转开腹。手术时间 45 ~ 115 min, (80.4 ± 13.1) min。术中出血 15 ~ 90 ml, (62.1 ± 18.3) ml。术后第 2 天下床活动,术后排气时间 24 ~ 70 h。术后 2 ~ 5 d 拔出引流管。术后无胆漏及腹腔感染等发生。住院时间 5 ~ 10 d, (6.4 ± 1.2) d,出院前复查 B 超,囊肿消失,囊腔无积液,均痊愈出院。18 例术前肝功能异常者,术后 1 周 7 例恢复正常,11 例好转,总胆红素 20.09 ~ 43.05 μmol/L,直接胆红素 7.0 ~ 10.56 μmol/L,ALT 42 ~ 80 IU/L,AST 43 ~ 84 IU/L。石蜡切片病理回报均为肝囊肿。36 例术后随访 6 ~ 12 个月, (9.3 ± 1.5) 月,无上腹不适及疼痛。复查肝脏 B 超或 CT,均未复发(囊肿复发指经 B 超或 CT 等影像学检查,证实为在术前相同位置的囊肿出现^[2]),肝功能恢复正常。

3 讨论

肝囊肿是肝脏局部组织呈囊性肿大,体积小时没有明显症状,通常在腹部超声检查或腹部手术时发现,不需要治疗。肝囊肿过大时有进食后上腹饱胀或疼痛等症状,压迫胆总管会出现黄疸及肝功能损害等,常需手术治疗,通常有穿刺抽液、囊肿开窗、囊肿内引流及囊肿切除等方法^[3]。传统治疗非寄生虫性肝囊肿的方法是开腹行囊肿开窗术和超声引导下经皮穿刺囊肿抽液术,前者患者创伤重,痛苦大,恢复慢,手术并发症多^[4];后者虽然不开腹,创伤少,痛苦小,但复发率高,需多次操作^[5,6]。腹腔镜治疗肝囊肿具有微创、疗效确切、患者康复快、痛苦小等优势,逐渐取代传统外科手术^[4,7-9]。大网膜不仅具有吸收、防御等功能,而且具有血运丰富、活动度大、取材容易等特点,大网膜填塞防止肝囊肿复发是腹腔镜肝囊肿开窗术中常用的方法^[10]。我们在腹腔镜手术基础上结合开腹手术带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿的经验,成功对肝囊肿实施腹腔镜带蒂大网膜填塞术。

术前充分了解囊肿的性质和部位,掌握手术的适应证与禁忌证,直径 < 10 cm 的肝囊肿可行腹腔镜囊肿开窗引流术,更大的肝囊肿适合行腹腔镜带蒂大网膜填塞术:①单发,直径 > 10 cm,有症状的肝

囊肿;②多发,表浅,直径 > 10 cm,有症状的肝囊肿;
③创伤性肝囊肿;④经无水酒精注射治疗效果不佳;
⑤其他手术中发现的肝囊肿。禁忌证与腹腔镜肝囊
肿开窗引流术相同:①术前影像学检查发现与胆道
相通者;②右肝后叶上部囊肿与膈肌之间广泛粘连,
腹腔镜难以接近的囊肿;③囊肿位于肝脏深部或囊
肿表面肝组织较厚;④寄生虫性肝囊肿及囊肿可疑
恶变;⑤凝血功能障碍或囊肿有活动性出血;⑥多发
肝囊肿伴肝肾功能不全;⑦心肺功能不全;⑧全身情
况差不能耐受麻醉。

腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿优点:①
肝囊肿手术后囊腔的处理十分重要,剩余囊壁用
3% 碘酊、酒精擦拭,以破坏分泌细胞,单用此方法
后仍有囊壁细胞分泌囊液,导致囊肿复发或囊液流
入腹腔引起积液感染^[10]。大网膜具有防御、吸收、
修复等功能,由四层腹膜折叠而成,面积大,具有较
强的吸收功能,如果囊壁分泌囊液,可被填塞的大网
膜吸收,以防复发^[10]。带蒂大网膜填塞不存在囊肿
开窗引流术后窗口过早闭合导致囊肿复发问题。②
本组肝功能异常 18 例,术后 1 周 7 例恢复正常。囊
腔用带蒂大网膜填塞,使大网膜与囊壁粘连,与肝组
织迅速建立丰富的血管网,增强肝组织的血供和修
复能力,使肝功能迅速改善^[11,12]。③缝合固定操作
相对困难导致手术时间延长,钛夹固定后存留在体
内的钛夹会对以后患病时做腹部 CT、MRI 等检查产
生一定影响^[13],我们采用的可吸收夹固定网膜牢
固、可靠、省时、操作简便。

腹腔镜带蒂大网膜填塞术治疗肝囊肿还应注
意:不主张用电灼法烧灼处理残留囊壁,因其可能损
伤囊壁下血管或胆管,同时对囊壁的烧灼也不宜完
全^[14]。大网膜取材以距离囊肿最近为原则,张力不
能太大,结肠不能成角,如果填塞过程中发现网膜张
力大,可以考虑根据“大网膜裁剪方法^[15]”用超声刀
或 LigaSure 对大网膜做适当裁剪,保证血管弓,同时
勿损伤胃及结肠。

总之,腹腔镜治疗肝囊肿已得到广泛开展,操
作技术不断成熟,腹腔镜治疗肝囊肿依据肝囊肿

手术适应证,根据囊肿大小、位置,采用不同的手
术方式,做到“量体裁衣、因人而异”。腹腔镜肝囊
肿开窗带蒂大网膜填塞术治疗较大肝囊肿应为最
佳选择。

参考文献

1 陈家阳,陈敬洪,林汉升,等.腹腔镜治疗肝囊肿临床疗效分析.中国当代医药,2011,18(2):178,181.
2 李富贵,邹波.腹腔镜手术治疗先天性肝囊肿.现代医药卫生,2010,26(3):333-335.
3 陈孝平.外科学.第2版.北京:人民卫生出版社,2011.608-613.
4 易沪萍,熊乐平.腹腔镜手术治疗肝囊肿60例临床分析.江西医药,2011,46(1):25-26.
5 陈培龙,邹俊民,金大社.症状性非寄生虫肝囊肿的三种治疗方法比较.现代医院,2012,12(2):34-35.
6 王树松,陈萍,楚昭莹,等.超声引导置管大剂量无水乙醇硬化治疗巨大肝囊肿.中国微创外科杂志,2012,12(7):618-620.
7 张震波.腹腔镜手术治疗肝囊肿的临床分析.腹腔镜外科杂志,2009,14(6):409-410.
8 Brozzetti S, Miccini M, Bononi M, et al. Treatment of congenital liver cysts. A surgical technique tailored through a 35-year experience. Ann Ital Chir, 2013, 84(1):93-98.
9 Macutkiewicz C, Plastow R, Chrispijn M, et al. Complications arising in simple and polycystic liver cysts. World Hepatol, 2012, 4(12):406-411.
10 金治,张竝,俞勇,等.带蒂大网膜瓣填塞在腹腔镜膈面肝囊肿开窗术中的应用.肝胆胰外科杂志,2013,25(6):477-479.
11 边明星,崔海潮,周玲.带蒂大网膜填塞术治疗严重肝损伤15例体会.医学理论与实践,2011,24(19):2320-2321.
12 孙敏,曾少波,黄东,等.三种开窗引流术治疗老年先天性肝囊肿的回顾性对比研究.肝胆胰外科杂志,2014,26(1):5-8.
13 胡文,李远亮,谭林林.可吸收线取代钛夹在腹腔镜胆囊切除术中的应用.中国微创外科杂志,2010,10(5):429-430.
14 于海东,王珏,李鹏.腹腔镜治疗肝囊肿49例临床分析.昆明医学院学报,2010,31(6):120-122.
15 廖康恕,黄晓星,郭海欧.带蒂大网膜在肝外科中的应用体会.中国实用外科杂志,1994,14(10):592-594.

(收稿日期:2014-12-30)

(修回日期:2015-03-29)

(责任编辑:王惠群)