

文章编号:1005-6947(2005)02-0125-03

· 临床研究 ·

# 中央区肝海绵状血管瘤的外科治疗:附32例报告

许培钦, 党晓卫

(郑州大学第一附属医院 普通外科, 河南 郑州 450052)

**摘要:** **目的** 总结特殊部位肝海绵状血管瘤外科治疗经验。**方法** 对32例瘤体位于肝中央区的海绵状血管瘤患者的临床资料进行回顾分析。**结果** 全组均采用包膜外剥离术,全部肝海绵状血管瘤均被成功切除,术中出血量50~10 000 mL,12例患者术中进行了输血,输血量400~4 000 mL。术后发生胆漏(1例)、膈下积液(1例)和右侧胸腔积液(3例)等并发症5例(15.6%)。术后死亡1例(3.1%)。随访26例,平均随访(3.09±0.93)年,血管瘤无复发。**结论** 熟悉肝脏的解剖以及熟练的手术技巧是手术成功和减少手术并发症的关键,包膜外剥离术是治疗肝海绵状血管瘤安全、有效的方法。

**关键词:** 肝肿瘤/外科学; 血管瘤,海绵状/外科学

**中图分类号:** R735.7; R732.2 **文献标识码:** A

## Surgical treatment of hepatic cavernous hemangioma in the central area of liver: a report of 32 cases

XU Pei-qin, DANG Xiao-wei

(Department of General Surgery, The First Affiliated Hospital, Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China)

**Abstract:** **Objective** To discuss the experiences of surgical treatment of hepatic cavernous hemangioma in a peculiar position. **Methods** We retrospectively analyzed the clinical data of 32 cases of cavernous hemangioma in the central area of the liver. **Results** All of the hepatic cavernous hemangiomas were resected successfully by extracapsular dissection. Intraoperative hemorrhage volume varied from 50 ml to 10000 ml, and in 12 patients the amount of blood transfusion was 400 ml to 4000 ml. 5 cases (15.6%) had postoperative complications, including right pleural effusion (3 cases), bile leakage (1 case), and subdiaphragmatic fluid collection (1 case). The mortality rate was 3.1% (1/32). 26 cases were followed up for a median of (3.09±0.93) yrs, and there was no recurrence of hemangioma. **Conclusions** Familiarity with the liver anatomy and proficient operative methods are the key get to successful surgical treatment of these hemangiomas and reduce complications. Extracapsular dissection is a safe and effective way to treat hepatic cavernous hemangioma.

**Key words:** LIVER NEOPLASMS/surg; HEMANGIOMA, CAVERNOUS/surg

**CLC number:** R735.7; R732.2 **Document code:** A

肝海绵状血管瘤(hepatic cavernous hemangioma, HCH)是常见的肝脏良性肿瘤之一,外科手术方法多样<sup>[1,2]</sup>。我院普外科5年来共收治56例HCH,其中瘤体位于第二肝门附近和尾状叶32例均采用包膜下剥离术治疗,效果满意,现报告如下。

收稿日期:2004-01-06; 修订日期:2004-07-14。

**作者简介:**许培钦(1938-),男,河南封邱人,郑州大学第一附属医院主任医师,主要从事肝脏血管疾病、胰腺和大血管疾病的基础与临床方面的研究。

**通讯作者:**许培钦 E-mail:vl-institute1086@163.com。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男10例,女22例,男女之比为1:2.2;年龄27~65岁,平均年龄(43.4±9.88)岁。15例患者术前有明显的临床症状,主要为右上腹疼痛或隐痛或不适、恶心、乏力和右肩部放射痛等,其中4例发现上腹部肿块。17例患者系术前体检发现肝脏占位,无任何临床症状。术前CT或超声检查测

量瘤体长径为 5.0 ~ 25 cm, 其中 5.0 ~ 9.0 cm 18 例, 10.0 cm 以上 14 例。肿瘤位置: I 段 7 例 (Sipe-gle 叶 2 例、尾状突 2 例、下腔静脉旁部 3 例), II, III, IV 段 6 例, V, VI, VII, VIII 段 9 例, VII 和 (或) VIII 段 9 例, II, IIIIV, VIII 段 1 例。

## 1.2 手术方法

采用气管插管加静脉全身麻醉。右肋缘下斜切口或双肋缘下屋顶样 (“Λ”) 切口。探察瘤体所在部位、体积后, 根据需要切断相关韧带, 第一肝门部预置阻断带, 尔后游离肝上、下腔静脉并预置阻断带。先阻断第一肝门部, 从肿瘤的周边开始, 沿瘤体与正常肝组织之间的界面 (即所谓的包膜外) 钝锐结合分离, 结扎、切断进入肿瘤的管道, 创面出血点予以缝扎, 然后用大网膜覆盖。对手术时间长者, 可分次阻断肝门 (间隔时间 5 min), 必要时阻断肝上、下腔静脉, 本组中 21 例行第一肝门部阻断, 平均阻断时间 ( $25.4 \pm 18.5$ ) min; 4 例行全肝血流阻断, 平均阻断时间 ( $60.0 \pm 16.3$ ) min。

## 2 结果

本组全部 HCH 均被成功切除, 1 例术中损伤下腔静脉致大出血死亡, 其他患者均安全渡过手术期, 术后死亡 1 例 (3.1%)。术中出血量 50 ~ 10 000 mL; 12 例患者进行了输血, 输血量 400 ~ 4 000 mL。术后并发症发生率 15.6% (5/32), 包括胆漏 1 例, 经引流和对症处理, 术后 3 个月痊愈; 膈下积液 1 例, 再次手术引流痊愈; 右侧胸腔积液 3 例, 经穿刺引流后痊愈。随访 26 例, 随访时间 1 ~ 4 年, 平均随访 ( $3.09 \pm 0.93$ ) 年, 经超声或 CT 等检查证实, HCH 无复发。

## 3 讨论

HCH 是最常见的肝脏良性肿瘤, 发病率为 0.7% ~ 7.0%, 女性比男性多见<sup>[2]</sup>, 本组男女之比为 1:2.2。有学者<sup>[3]</sup>认为: 对肝脏边缘的 HCH, 手术指征可适当放宽, 而位置深或近第二肝门部或下腔静脉的 HCH, 由于手术风险大, 如果没有临床症状, 即使瘤体直径大于 5.0 cm, 也可以进行一定时间的观察。本组患者, 瘤体长径最小为 5.0 cm, 最大为 25 cm。根据笔者经验, HCH 手术适应证应包括:

(1) HCH 最大径大于 5.0 cm, 临床症状明显者; (2) 诊断上与肝癌鉴别有困难者; (3) 合并有其他需要手术处理的疾病 (如胆囊结石、慢性胆囊炎等); (4) HCH 发生恶变或破裂出血等。

手术切口的选择以有利于暴露病侧肝脏且尽量减少损伤为原则, 常用的有: 右侧肋缘下切口, 多适用于右半肝 HCH; 双侧肋缘下屋顶样 (“Λ”) 切口, 多适用于尾状叶和第二肝门附近的 HCH, 必要时配合使用腹腔拉钩; 对于巨大的 HCH, 也可以行胸腹联合切口。本组采用右肋缘下斜切口 18 例, 双肋缘下屋顶样 (“Λ”) 切口 14 例, 术中均显露良好。HCH 手术时容易损伤肝脏内的各种管道系统, 导致出血和胆漏等并发症发生, 尤其是第二肝门附近和尾状叶部位的病变, 更易损伤肝静脉、肝短静脉和下腔静脉, 术中有出现大出血可能。因此术者一定要熟悉肝脏以及与周围组织器官的解剖关系, 尽量避免损伤, 对第二肝门附近和尾状叶部位的 HCH, 要分清主肝静脉和肝短静脉, 切勿损伤主肝静脉, 从瘤体发出直接入下腔静脉的静脉血管要预先在无张力下引线结扎为妥。瘤体的定位一定要准确, 摘除时一般先从肿瘤的周边开始, 沿瘤体与正常肝组织之间的界面 (即所谓的包膜外) 钝、锐结合分离 (慎用电刀), 遇到进入肿瘤体内的管道要先结扎后切断, 尽量保留正常肝脏组织。对于瘤体较大 (直径大于 10 cm) 或多发的 HCH, 为了避免术中大量出血, 应在剥离开始之前做好肝门阻断准备, 必要时分次阻断肝门以控制出血, 对血管瘤靠第二肝门附近或尾状叶 HCH 者, 应适当游离肝上、下腔静脉并预置阻断带, 防止下腔静脉损伤, 造成大出血。本组中 20 例行肝蒂阻断, 平均阻断时间 ( $25.4 \pm 18.5$ ) min; 4 例行全肝阻断, 平均阻断时间 ( $60.0 \pm 16.3$ ) min。术中出血量 50 ~ 10 000 mL; 12 例患者进行了输血, 输血量 400 ~ 4 000 mL。1 例术中损伤下腔静脉致大出血死亡; 1 例巨大 HCH (瘤体位于 II, III, IV, VIII 段, 约 25 cm × 18 cm × 16 cm) 患者, 虽阻断肝蒂 (未阻断肝后上下下腔静脉), 但由于手术创面较大, 渗血严重, 术中出血量约 10 000 mL, 经输血输液等抢救, 为患者成功切除血管瘤, 术后恢复好, 无并发症发生。本组均采用剥离法切除瘤体, 效果满意。与其他手术方法相

比较,剥离术的优点有以下几方面<sup>[2,3]</sup>:(1)手术操作相对简单,容易掌握;(2)尽可能避开肝内重要的管道系统,减少出血和胆漏的发生;(3)保留了正常的肝脏组织,肝功能恢复快;(4)容易分离,手术时间缩短,减少了肝门阻断时间。对于创面上小的出血点要钳夹缝扎,由于第二肝门附近和尾状叶部位的HCH切除后创面较大或较深,在妥善止血的基础上,笔者一般不主张缝闭创面,以免缝合时损伤胆管,可用大网膜覆盖在创面上,必要时创面上先用明胶海绵覆盖或喷涂止血胶,然后再将大网膜覆盖其上。本组中1例尾状叶HCH患者,采取上述方法,在未阻断第一肝门和肝上、下腔静脉的情况下,完整切除瘤体,术中出血量约100mL,未输血。1例患者术后第10天腹腔引流管引流出胆汁样液体,以后逐渐增多(最多时600mL/d),经加强营养以及引流等治疗3个月痊愈。近年来,相继有介入治疗HCH成功的报道<sup>[4]</sup>,黄晓强的研究结果显示:由于注入具有强烈刺激性血管硬化剂,导致肝组织和胆管的坏死和感染,甚至发展成肝脏纤维化萎缩、胆管闭塞和黄疸等严重并发症,其损

害程度远远超过HCH的本身。认为肝血管瘤是良性肿瘤,较小时患者无症状不需处理,巨大肝血管瘤以手术治疗为佳。现代外科技对肝血管瘤切除是安全的,HCH不是介入治疗的适应证<sup>[5]</sup>,笔者同意上述观点。

#### 参考文献:

- [1] 吴伯文,吴孟超,潘泽亚,等.肝海绵状血管瘤的外科综合治疗[J].中国普通外科杂志,2000,9(1):52-54.
- [2] Ozden I, Emre A, Alper A, et al. Long-term results of surgery for liver hemangiomas [J]. Arch Surg, 2000, 135(8):978-981.
- [3] 滕瑞峰,赵宇,赵日省,等.肝海绵状血管瘤剥离术126例临床应用体会[J].中华普通外科杂志,2001,16(8):463-465.
- [4] 潘龙,纪东华,王峰.选择性肝动脉栓塞治疗肝海绵状血管瘤[J].介入放射学杂志,2001,10(6):341-343.
- [5] 黄晓强.肝海绵状血管瘤介入治疗的并发症[J].中国实用外科杂志,2002,22(7):394-395.

文章编号:1005-6947(2005)02-0127-01

## · 病例报告 ·

# 右上臂毛发上皮瘤1例

郇锦善,王毓琴,李越,张杰文

(甘肃省甘州区中医院 外科,甘肃 甘州 734000)

**关键词:**毛发上皮瘤;病例报告

**中图分类号:**R730.261;R44

**文献标识码:**D

患者 男,30岁。因右上臂核桃大小的肿物5年,于1年前在外院行肿物切除术,术后病理诊断:右上臂皮脂腺囊肿。术后3个月切口部位再次出现肿物,无疼痛及其他不适。肿物渐长大,至术后1年时肿物已约3.5cm×3cm大小,仍无不适。体查:体温36.7℃。右上臂外侧有约3.5cm×3cm

大小的肿物,顶部呈囊性,基底部较硬,活动度差,无压疼。右上臂X线片:未见异常。行肿块切除术,术中见肿物皮下组织呈灰黑色,质地较硬,夹杂毛发组织,范围约3cm×3cm大小,将该组织切除超过正常组织1cm处,术后病理诊断(北京医科大学远程会诊):右上臂毛发上皮瘤(低度恶性)。再次行病灶扩大切除术:以原切口为中心,半环形切除周围组织约6cm×8cm,深达肌肉,未见灰黑色及毛发组织,切口行全厚游离皮片植皮。术后切口甲级愈合。第2次送检组织病理

诊断:纤维组织增生,未见异形细胞。

**讨论** 有关毛发上皮瘤,经查阅文献,未见公开报道,在外科教科书及有关参考工具书中亦未见编写。根据肿瘤的分类,该病应属于皮肤浅表肿瘤范畴,究其病因不完全明了,据推测,可能与皮脂腺囊肿切除时,未能将病灶彻底切除,遗留真皮中的毛发及上皮组织于囊腔内、异常增生所致。按恶性肿瘤手术切除原则,已将病灶行根治性切除,且术后病检未见异形细胞,应属临床治愈,但还须定期随访观察。

**收稿日期:**2004-12-01。

**作者简介:**郇锦善(1958-),男,甘肃张掖人,甘肃省甘州区中医院主治医师,主要从事腹部外科方面的研究。

**通讯作者:**郇锦善 电话:0936-3633326,0936-8242402。