

文章编号:1005-6947(2005)02-0156-01

· 临床报道 ·

腹腔镜治疗肝囊肿的体会:附47例报告

张国雷, 严强, 陈鹰

(浙江省湖州市中心医院 外科, 浙江 湖州 313000)

摘要:对47例单发性及多发性肝囊肿行腹腔镜囊肿开窗术。其中42例在腹腔镜下完成手术,5例因各种原因中转开腹手术。全组病例均无严重并发症。提示腹腔镜治疗肝囊肿疗效确切,创伤小,相对安全。

关键词:肝肿瘤/外科学; 囊肿/外科学; 腹腔镜术

中图分类号:R735.7; R730.269

文献标识码:B

我院自1999年7月~2004年6月共进行腹腔镜治疗肝囊肿47例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男18例,女29例;年龄32~81岁,平均55岁。术前经B超、CT或磁共振显像等影像学诊断。全组有28例为单发囊肿,包括右肝囊肿23例,左肝囊肿5例;19例为多发囊肿,其中局限于右肝10例,左肝2例,病变在左右肝叶者7例。单发囊肿直径5~25cm,多发囊肿中最大的单个囊肿直径为2~15cm。

1.2 结果

本组47例中有42例在腹腔镜下完成囊肿开窗术,5例中转开腹手术,其中2例术中发现囊液为胆汁样,考虑胆漏,1例术中出血多,1例囊肿内壁活动出血,1例囊肿暴露不满意。全组无严重并发症。术后39例随访2~3年,目前情况良好,无复发。

2 讨论

据文献报道^[1],囊肿直径如大于10cm则与肝内胆管、血管相通的可能性大。本组12例囊肿大于10cm(囊肿最大直径25cm)者均未发现囊肿与肝内胆管或血管相通,故笔者认为,肝囊肿的大小不应作为腹腔镜手术的禁忌。

根据囊肿的数量、分布和部位,多发性肝囊肿可分为两型^[2]:I型指较大的多发性囊肿,数量不多,主要分布在肝II~III段,适合于腹腔镜治疗;II型指多发性小囊肿广泛分布于肝脏的各个部位,不适宜于腹腔镜治疗,亦不适合开腹手术治疗。因为II型多发性囊肿术中处理难以彻底,术后极易复发。

(1)囊肿窗口的处理 囊肿窗口尽可能处在患者立位时的最低位,尽可能多切除囊壁,使囊腔充分敞开。开窗直径至少超过囊肿直径的1/2,才能取得良好的治疗效果。

(2)囊壁的处理 囊肿位于肝右后叶的较大囊肿,虽然可经剑突下置入30度腹腔镜管窥视,但囊肿不易剪除,囊肿内壁电凝难以到位,并且术后膈肌与肝面很快靠拢闭合,容易复发。有文献报道^[3]称用小块碘酒纱球置囊内烧灼可避免中转开腹手术。囊壁切除过程中,囊壁出血经电凝棒处理即可止血,对囊壁厚血供较丰富者,用钛夹止血。本组3例囊肿巨大,囊壁厚度大于0.5cm,电凝止血后仍有出血,采用钛夹止血,效果确实。结束手术前应仔细检查囊腔内有无胆汁漏出,内壁有无乳头状组织增生。必要时作快速病理检查,以排除恶性病变。

关于中转开腹手术,笔者体会如下。有以下情况出现,应考虑中转开腹手术:(1)术中发现有明显胆汁渗漏而腹腔镜下无法处理。对于毛细胆管漏,术中发现困难者,术后发生胆漏,但这种胆漏基本可以自行停止,不必再次手术^[4]。本组3例术后引流管有胆汁样液体流出,其中1例17d后自行停止,未再次手术。(2)术中大出血者。(3)术中囊肿为肿瘤性,特别是恶性肿瘤。虽发生率低,但仍须警惕。(4)术中囊肿暴露不清,腹腔镜难以处理者。(5)囊肿内壁合并大出血者。

关于腹腔镜手术的禁忌证,笔者认为,有以下情况之一者,应为腹腔镜手术的禁忌证:(1)术前影像学检查发现与胆道相通者;(2)怀疑囊肿恶变;(3)囊肿位于右肝后叶或与膈肌之间有广泛粘连,腹腔镜下难以接近囊肿者;(4)囊肿有活动性出血者;(5)囊肿位于肝脏深部或囊肿表面肝组织较厚者;(6)曾有上腹手术史者。

参考文献:

- [1] 邵去非,李乐华,王明亮.经腹腔镜手术治疗寄生性肝囊肿[J].中国医师杂志,2002,4(1),50.
- [2] 周荣军.腹腔镜胆囊切除联合手术[J].中国普通外科杂志,2002,11(4):249-250.
- [3] 朱江帆.普通外科内镜手术学[M].济南:山东科学技术出版社,2001.223.
- [4] 黄志强.胆道外科学[M].济南:山东科学技术出版社,1998.414.

收稿日期:2004-07-29; 修订日期:2004-11-29.

作者简介:张国雷(1961-),男,浙江湖州人,浙江省湖州市中心医院副主任医师,主要从事肝胆胰及微创外科方面的研究。

通讯作者:张国雷 电话:13757295218(手机); E-mail:yan_qiang

文章编号:1005-6947(2005)02-157-02

· 临床报道 ·

难治性上消化道大出血的处理方法:附11例报告

童强, 卢晓明, 屈新才, 王国斌, 陈道达

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 普通外科, 湖北 武汉 430022)

摘要: 回顾性分析介入放射技术与手术相结合的方法处理11例难治性上消化道出血患者的临床资料。其中1例为胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血;2例为十二指肠溃疡毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血;4例胆道手术后消化道出血和4例十二指肠溃疡出血病人。11例患者均获治愈,无出血复发。用介入栓塞结合手术的方法治疗难治性上消化道出血临床效果肯定。

关键词: 手术后出血/外科学;放射摄影术,介入性;胃肠出血/外科学

中图分类号: R619.1; R814.3; R722.152

文献标识码: B

上消化道大出血临床并不少见,有的一般治疗常难以控制出血。以往多采用手术探查的方法处理。但术中往往不易找到确切的出血部位,加之患者常不能耐受手术,是临床治疗中的难点^[1]。特别是对于少数患者,由于病变特殊或同时并发其他疾病,仅仅依靠手术方法,效果欠佳。此时,可依靠介入放射技术,将介入方法与传统的手术方法相结合,可能达到理想的止血效果。笔者1999~2001年采用此法治疗难治性上消化道大出血患者11例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女2例;年龄24~60(平均41)岁。胰十二指肠切除术后胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血1例,十二指肠溃疡毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血2例,胆道手术后消化道出血4例,十二指肠溃疡出血4例。均表现反复大量呕血和便血;呕血500~1000 mL/d,便血600~1200 mL/d。均伴休克,血压均低于80/50 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。输血900~6000(平均1600) mL。

1.2 临床表现及治疗效果

(1)胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂出血1例。患者是患胰头部肿瘤行胰十二指肠切除术后第3d突然高热达39℃,第5d呕吐大量鲜血。怀疑胃-空肠吻合口出血行剖腹探查,切口胃腔未发现出血病灶;术后仍呕吐鲜

血,行腹腔动脉和肠系膜上动脉造影,见胃十二指肠动脉残端假性动脉瘤破裂。出血乃因胃-空肠吻合口瘘侵蚀胃十二指肠动脉残端形成假性动脉瘤所致。栓塞胃十二指肠残端动脉,出血停止。

(2)毕Ⅱ式胃大部切除术后十二指肠残端瘘致出血2例。因上消化道出血行急诊手术,均见十二指肠球部后壁穿透性溃疡出血,采用Nissen's法关闭十二指肠残端。术后第7d与第10d发生十二指肠残端瘘,分别于术后第27d和第30d发生消化道大出血。剖腹探查见十二指肠残端有瘘口,紧邻瘘口的原溃疡面有血痂附着,证实出血来源于溃疡面基底部被感染病灶侵蚀破裂的血管。试图缝扎止血,但感染和化学性炎症导致缝扎失败,术后仍有大量消化道出血。第二次手术后3d行胃十二指肠动脉造影,见胃十二指肠动脉主干破裂。行胃十二指肠动脉主干近端栓塞,出血停止。

(3)胆道手术后消化道出血4例。患者经肝固有动脉造影均显示为假性右肝动脉瘤破裂入胆肠吻合口所致。1例为左、右肝管汇合部癌,经肝门胆管癌切除并左、右肝管空肠吻合术后30d发生大出血,于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。1例为肝左、右叶内胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染,经肝左外叶切除肝门胆管成形、胆肠吻合后10d发生大出血,于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。2例为肝内、外胆管结石肝门部胆管狭窄并发感染,行胆管切开取石肝门胆管成形胆肠吻合术后7d和10d发生大出血,均于出血后3d栓塞肝固有动脉后出血停止。

(4)十二指肠溃疡出血4例。患者经胃十二指肠动脉造影提示2例为胃十二指肠动脉主干破裂。其中1例是因十二指肠溃疡出血行急诊毕Ⅱ式胃切除,溃疡位于十二指肠球部后壁小弯侧,未能切除,术后当天仍持续消化道出

收稿日期:2004-07-15; 修订日期:2004-11-16。

作者简介:童强(1978-),男,湖北黄冈人,华中科技大学同济医学院附属协和医院博士研究生,主要从事普通外科基础和临床方面的研究。

通讯作者:童强 电话:13986274434(手机); E-mail:surgerytong@hotmail.com。