

文章编号:1005-6947(2007)03-0299-02

· 手术经验与技巧 ·

介绍一种简易的区域无血肝切除技术——特制直型肝针区域无血肝切除术

朱建平, 张宗明, 李刚, 宿砚明, 蒋艺, 钟华, 郭金星, 姜楠

(清华大学第一附属医院 普通外科 消化医学中心, 北京 100016)

摘要:利用特制的直型肝针对13例患者采用肝脏预切区域外的交锁缝扎方法行肝切除,包括肝段或联合肝段切除8例,左或右半肝切除3例,中肝叶切除2例;择期性手术10例,急诊手术3例(2例肝癌破裂腹腔大出血患者急诊手术)。手术出血少,平均241 mL,无需输血;急诊手术也相当方便,无需阻断入肝血流,术后均恢复良好。提示该方法为一种简易、快捷的区域无血肝切除方法,容易掌握,费用低廉,患者术后恢复快,值得临床推广应用。 [中国普通外科杂志,2007,16(3):299-300]

关键词:肝切除术/方法;肝肿瘤/外科学;失血,手术/预防与控制

中图分类号:R657.3

文献标识码:C

肝脏外科的发展和手术中控制出血方法的发展密切相关,术中出血量与手术成败及手术并发症和病死率有关;出血量越大,并发症和病死率越高。为减少肝脏手术中出血和简化切肝技术,笔者设计了一种简易的切肝技术,并于2005年5月—2006年7月为13例患者施行了手术,报告如下。

1 手术方法及技术要点

采用1根特制的不锈钢直型肝针,长15cm,类似16#套管针,内芯的顶端有1个返钩(用于肝穿刺后挂钩住缝扎线)(图1)。

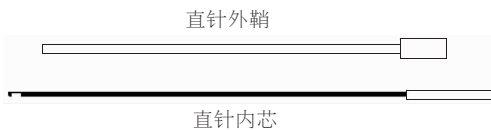


图1 特制直型肝针的外鞘与内芯

手术时按常规游离肝周韧带,用悬吊拉钩牵开肋弓,然后直视下无需阻断肝门,直接在病肝的预切线的健侧0.5~1.0cm,用上述特制直型肝针,由一边至另一边依次穿刺交锁引出一排7#粗丝线,依次结扎(图2-5)。此时病灶侧处于无血状态,即可直接在预切线上随意用电刀切下病灶侧肝标本;余肝断面彻底止血,个别粗大管道再单独结扎或缝扎,肝创面用可吸收材料或大网膜覆盖或敞开。

2 临床资料

2.1 一般资料

本组男11例,女2例;年龄38~74(平均59)岁。肝脏肿瘤8例(6例合并肝硬化),直径3.0~10.5cm,平均6.5cm;胆囊肿物3例,肝内胆管结石2例。肝功能Child-Pugh分级:A级8例,B级5例。手术治疗情况见表1。

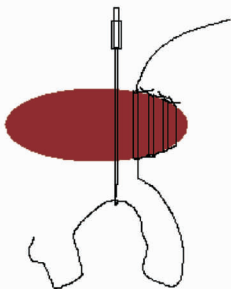


图2 特制肝针穿刺肝脏后挂钩引出

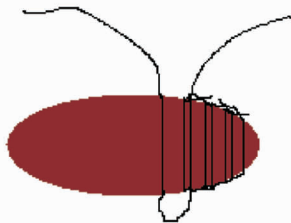


图3 U型交锁的丝线依次结扎阻断

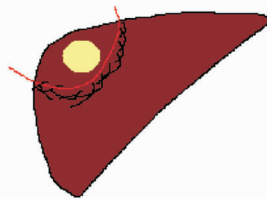


图4 肝S7,S8段联合切除

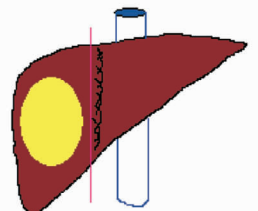


图5 区域无血右半肝切除

收稿日期:2006-08-02; 修订日期:2007-03-17。

作者简介:朱建平,男,浙江乐清人,清华大学第一附属医院普外科,消化医学中心副主任医师,主要从事肝胆胰脾外科及肝脏移植的临床研究方面的研究。

通讯作者:朱建平 E-mail:zhujianpingwz@126.com。

附表 13 例患者手术治疗情况

病例	性别	年龄(岁)	结局	手术名称	诊断	出血(mL)	并发症
1	男	69	治愈	胆囊癌根治部分 S4, S5 切除	胆囊占位病变(癌)胆囊多发结石	100	无
2	男	74	治愈	S3 肝血管瘤切除	肝血管瘤	30	无
3	男	68	好转	胆囊癌姑息切除肝 S4, S5 部分切除	胆囊癌肝侵犯 Whipple 术后 19 年	400	无
4	女	42	治愈	S7, S8 联合肝切除胆囊切除	肝巨大血管瘤胆囊结石	200	无
5	男	70	治愈	左肝外叶(S2, S3)切除胆切, CBD 切开取石	左肝内胆管结石肝外胆管结石	150	无
6	男	51	治愈	右肝 S5, S6 段联合部分切除	肝局灶结节性增生乙肝后肝硬化	80	无
7	男	72	治愈	肝中叶切除胆囊切除(急诊手术)	肝癌破裂出血肝硬化, 胆囊结石	2 400 [†]	无
8	男	52	治愈	中肝叶部分切除切除胆囊	肝癌乙肝后肝硬化	400	无
9	男	53	治愈	左外叶(S2, S3)切除胆切	左肝癌, 胆囊结石结节性肝硬化	150	无
10	男	58	治愈	左半肝切除, 胆切 CBD 切开取石, T 管引流(急诊手术)	急性胆管炎左肝内胆管结石胆总管结石	800	无
11	男	38	治愈	右半肝切除, 胆切(急诊手术)	右肝癌破裂出血乙肝, 结节性肝硬化	2 000 [†]	无
12	男	54	治愈	右半肝, S4 结节切除胆囊切除	右肝巨大肝癌乙肝, 结节性肝硬化	800	无
13	女	66	好转	胆囊 + 肝方叶 S4 切除肝转移结节切除肝十二指肠淋巴清扫	贫血胆囊癌肝转移, 淋巴转移	100	无

注: † 均为肝癌破裂出血急诊手术病例, 切肝手术时实际出血约 200mL

2.2 手术方式及结果

本组急诊手术 3 例, 择期手术 10 例, 包括肝段或联合肝段切除 8 例, 左或右半肝切除 3 例, 中肝叶切除 2 例; 其中 11 例合并胆囊切除(表 1)。择期手术患者术中出血较少, 为 30 ~ 800mL, 平均 241mL, 均未输血。急诊手术的 2 例肝癌破裂腹腔内大出血患者, 术中腹腔内出血分别为 2 000mL 和 2 400mL, 分别输血 400mL 和 800mL。所有患者术后康复顺利, 术后无高烧, 体温、白细胞在 3 ~ 5d 恢复正常; 腹腔引流量少, 均在 3 ~ 5d 拔除腹腔引流管; 肝功能检查在 5 ~ 7d 恢复正常, 无手术并发症, 均在术后 10 ~ 14d 出院。

3 讨论

我国的肝病患者有不少病例合并肝硬化, 肝脏储备功能不同程度地受到损害^[1]。此类病例肝脏手术如果出现大出血, 或较长时间的阻断需要保留的健侧肝血流, 势必造成肝脏缺血再灌注损伤^[2], 加重肝功能的损害, 使部分患者术后出现肝衰竭, 从而增加了手术并发症和病死率。可以认为肝外科的发展即是控制肝脏手术中出血的发展历史^[3-5]。

笔者采用的特制直型肝针区域无血肝切除术, 无需阻断出、入肝血流, 只需在预切肝的外围上锁缝扎一排阻断线, 即可造成病灶侧区域无血, 而保留的健侧肝脏血流正常, 不受干扰, 手术出血少, 基本无需输血, 患者血流动力学也不受影响, 术中平稳, 术后康复顺利。术中少量的出

血, 还包括切除标本内的储血; 如时间许可, 在预切线两侧分别进行上锁缝扎, 形成 2 排阻断线^[6], 则必然出血更少, 术野更干净。

本方法容易掌握, 患者术后恢复快, 是一种较理想的简易、快捷的切肝方法, 对肝脏外科的急诊手术更具优势, 无需准备大型、复杂的设备, 值得推广应用。熟练掌握其操作方法后, 也适合在基层医院开展, 费用低廉, 应用前景广阔。

参考文献:

- [1] 周信达, 汤钊猷, 杨秉辉, 等. 1000 例小肝癌手术切除经验[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(1): 41-44.
- [2] 侍阳, 李向农, 李文美, 等. 肝缺血再灌注后肝内血流动力学的变化[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(1): 37-39.
- [3] Fan ST. Surgical therapy of hepatocellular carcinoma in the cirrhotic liver[J]. Swiss Surg, 1999, 5(3): 107-110.
- [4] 朱建平, 袁炯, 贾易木, 等. 肝硬化肝脏门板和肝静脉的解剖及其临床应用[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(6): 476-477.
- [5] 彭淑牖, 许斌. 肝切除术中血流控制技术的发展和[J]. 四川医学, 2005, 26(3): 275-277.
- [6] Chang YC, Naofumi N, Lin XZ, et al. Easier hepatic resections with a straight needle[J]. The Am J Surg, 2001, 182(3): 260-264.