



“内囊摘除+残腔双套管引流”手术治疗复杂型肝包虫病31例

肝包虫病是犬绦虫的囊状幼虫寄生在肝脏所致一种寄生虫病[1]，是西藏畜牧区常见寄生虫病。肝包虫病并发囊腔感染、胆瘘、黄疸较单纯型肝包虫病术后并发症发生率和病死率显著增高[2]，我们将这类肝包虫病称为复杂型肝包虫病[3]。我院外科1995年1月至2003年3月收治复杂型肝包虫病33例，效果良好，现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者31例，男11例、女20例，年龄16~60岁，平均32岁。多因上腹部饱胀不适伴皮肤瘙痒或黄染，经B型超声确诊肝包虫病入院。病程4~48个月，平均26个月。B型超声提示囊肿主要位于肝右叶15例、肝左叶16例；外囊壁厚度在1~1.5 cm之间9例，1 cm以下22例。包虫囊肿体积在10 cm×15 cm×18 cm~18 cm×28 cm×36 cm之间。

1.2 术中所见

本组31例囊腔均有感染，伴胆瘘13例、囊肿压迫肝外胆管引起阻塞性黄疸14例。

1.3 手术方法

本组31例均以“内囊摘除+残腔双套管引流”术为常规术式。取右上腹囊肿最突出部长约6 cm的皮肤开口进腹，用含有10%的甲醛溶液湿纱布垫充分隔离病灶和周围健康组织，常规摘除内囊后残腔内放置双套管引流，不修剪外囊壁及冲洗腹腔；伴胆瘘者要彻底缝合关闭外囊壁，非胆瘘者不缝合外囊壁；切口用高渗盐水冲洗，引流管从切口外下端腹壁引出，外接负压引流袋。

2 术后情况和随访结果

本组无手术死亡，术后仅出现低热(38.1℃以下)。术后静脉使用青霉素或一代头孢类抗生素3~5 d，术后6 h开始进食，3~6 d黄疸完全消退，3~8 d拔管，引流口2~4 d愈合，8~11 d痊愈出院，切口愈合良好。术后随访27例，每半年随访1次，最短半年，最长7年半，平均3年，均未发现复发。B型超声跟踪检查提示：残腔逐渐萎缩、塌陷、粘连关闭。

3 讨论

单纯型肝包虫病行“内囊摘除+残腔双套管引流”术效果较好，术后并发症发生率低[4]，而复杂型肝包虫病术式目前临床尚未统一标准，显得较混乱，据相关文献报道：(1)肝包虫病伴黄疸者主张以“内囊摘除+胆总管切开引流”术为常规术式[1][5]；(2)肝包虫病伴胆瘘、经久不愈、瘘口大、残腔大和感染者主张以“内囊摘除+囊腔空肠Roux-en-Y形吻合”术为常规术式[6]；(3)肝包虫病伴囊腔感染者主张以“内囊摘除+残腔双套管引流”术为常规术式[1][5]。

本组31例复杂型肝包虫病均并发囊腔感染，其中同时并发胆瘘者13例，囊肿压迫肝外胆管引起阻塞性黄疸14例，均采用“内囊摘除+残腔双套管引流”术式，术中、术后无死亡，均痊愈出院；B型超声跟踪检查发现残腔逐渐萎缩、塌陷、粘连关闭，无复发。据此笔者认为：(1)该术式方法简便，切开小，不修剪外囊壁及冲洗腹腔，手术时间短，创伤小，术后恢复快，术后并发症发生率和病死率低；(2)摘除内囊后，残腔内仅为一些手术渗液、囊内分泌液或胆汁，双套管能起到彻底引流的作用，充分解决了术后残腔积液引起的高热、感染、使用高档抗生素时间过长等问题[6]；(3)该术式较简单，对腹腔脏器基本无影响，术后不必待胃肠功能恢复后再进食；(4)囊肿压迫肝外胆管引起的黄疸属阻塞性黄疸，通过手术解除梗阻因素后，术后观察证实黄疸会很快消退，因此术中不必再行“胆总管切开引流”术(胆管感染除外)；(5)伴内瘘者术后观察引流管内并无长期胆汁漏现象，B型超声跟踪检查提示残腔逐渐塌陷、粘连关闭，此过程中瘘口会很快自行关闭，即使瘘口较大者，术中也不必再附加“囊腔空肠Roux-en-Y形吻合”术式。

注意事项：(1)对伴胆瘘者，残腔内放置双套管引流后，要彻底关闭外囊壁，以防残腔内含胆汁的液体溢至腹腔引起胆汁性腹膜炎，非胆瘘者，术中不缝合外囊壁，以防引起胆瘘、大出血等并发症[4]；(2)术中尽量不缝合胆瘘瘘口，因外囊壁厚而坚韧，缝合时易出现断针现象且难以寻找，如位于第一肝门区胆瘘，还易误缝肝外胆管引起针眼瘘；(3)术中用10%的甲醛溶液湿纱布垫充分隔离病灶和周围健康组织，一般不会引起头节、子囊溢至腹腔种植，因此一般不需冲洗腹腔，从而避免冲洗液残留引起发热、感染、脓肿等并发症；(4)外囊壁是人体组织对内囊的反应而形成的一层纤维性包膜，因为术后引流彻底，遏制了残腔感染或感染进一步发展，外囊壁不会坏死脱落，所以术中不必修剪或过分修剪外囊壁，以防修剪不当损伤肝外血管、胆管、淋巴管引起大出血或医源性胆漏等并发症[4]；(5)对瘘口较大者，术后拔管指针应严格掌握，待引流管每日引流量小于10 ml且无金黄色液体引出后方可拔管，其它拔管指征可适当放宽，每日引流量小于20 ml且无金黄色液体引出后便可拔管。综上所述，对于并发囊腔感染、胆瘘、黄疸的复杂型肝包虫病，笔者发现采用“内囊摘除+残腔双套管引流”术治疗，术式简单、安全，治愈率高。

参考文献：

- [1] 吴阶平, 裘法祖, 黄加驷. 外科学·中册[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1237-41.
- [2] Kayaalp C, Sengul N, Akoglu M. Importance of cyst content in hydatid liver surgery[J]. Arch Surg, 2002, 137(2): 159-63.
- [3] Jabbour N, Shirazi SK, Genyk Y, et al. Surgical management of complicated hydatid disease of the liver[J]. Am Surg, 2002, 68(11): 984-8.
- [4] 周智德, 李党生, 彭顺舟, 等. 西藏地区肝包虫病内囊摘除术80例报告[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17: 551-2.
- Zhou ZD, LI DS, Peng SZ, et al. Vesiculectomy for patients of hepatic echinococcosis in Tibet: a report of 80 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2002, 17: 551-2.
- [5] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 手术学全集普通外科卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 582-5.
- [6] 黄志强, 黎 鳌. 外科手术学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 928-30.

参考文献：

- [1] 吴阶平, 裘法祖, 黄加驷. 外科学·中册[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1237-41.
- [2] Kayaalp C, Sengul N, Akoglu M. Importance of cyst content in hydatid liver surgery[J]. Arch Surg, 2002, 137(2): 159-63.
- [3] Jabbour N, Shirazi SK, Genyk Y, et al. Surgical management of complicated hydatid

disease of the liver[J]. Am Surg, 2002, 68(11): 984-8.

[4] 周智德, 李党生, 彭顺舟, 等. 西藏地区肝包虫病内囊摘除术80例报告[J]. 中华普通外科杂志, 2002, 17: 551-2.

Zhou ZD, LI DS, Peng SZ, et al. Vesiculectomy for patients of hepatic echinococcosis in Tibet: a report of 80 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2002, 17: 551-2.

[5] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 手术学全集普通外科卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 582-5.

[6] 黄志强, 黎 鳌. 外科手术学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 928-30.

[回结果列表](#)