



应用腹腔镜治疗肝包虫病临床经验与体会(附120例报告)

1992年5月至2002年10月我院运用腹腔镜技术进行肝包虫内囊摘除术、外囊开放术120例,疗效满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共120例,男78例,女42例,年龄16~58岁,诊断均经手术证实。单发肝包虫病85例,多发肝包虫病29例(2个囊肿24例,3个囊肿5例),单发肝包虫病并单发腹腔包虫病6例;单子囊型86例,多子囊型34例,共摘除包虫囊肿148个;位于右肝前叶52例,右肝后叶前部32例,左肝外叶30例,左右肝交界处6例;包虫囊最大直径20 cm,最小直径4 cm;术中发现胆漏31例,囊内感染坏死23例,腹腔或术区有明显粘连者26例;伴上腹部手术史8例,胆囊结石21例。

1.2 手术方法

采用美国Storz公司产电视腹腔镜及其配套设备。气管插管静脉复合全身麻醉,仰卧位,头高足低 10° ~ 20° 左或右倾斜 10° ~ 15° 。自脐下缘建立气腹,10 mm Trocar穿刺后置入腹腔镜,探察肝包虫囊肿的部位、数目、术区粘连情况,在腹腔镜直视下按腹腔镜胆囊切除术入路并结合包虫囊肿的具体部位选择适当的穿刺点置入10、5 mm 套筒各1个,自剑突下10 mm套筒送入20%高渗盐水浸泡过的长绷带条置于包虫囊肿的周围做保护,以防包虫囊液流散引起播散或过敏,选择包虫囊肿的最突出肝表面的白色区域也就是包虫囊肿的最薄部位为穿刺点,用经皮肝穿刺针在于包虫囊肿表面垂直的体表部位穿刺,抽出包虫内囊液,注入抽出囊液量 $4/5$ 的20%高渗盐水留置10 min以杀灭原头蚴后抽出,拔除穿刺针。自剑突下套筒置入直径10 mm的硬塑料管做吸引管,对准穿刺点,用电刀电凝法切开肝包虫外囊,将吸引管置入囊腔吸出包虫内囊、子囊及残余囊液,高渗盐水、甲硝唑反复冲洗,切除无肝组织的外囊壁,切缘电凝止血后将腹腔镜深入囊腔仔细检查有无残留包虫成分、出血、胆漏,对出血、胆漏可电凝或缝扎处理,对于较大的包虫(囊腔直径 >5 cm),术后有可能胆漏或渗出液较多,可自剑突下套筒送入引流管,一端留置于包虫残腔,另一端依包虫的部位可经相应的穿刺孔或另行戳孔引出。腹腔包虫亦依同法处理,敞开外囊后以大网膜填塞。合并胆囊结石者先行腹腔镜胆囊切除术再行包虫内囊摘除术。将切除的外囊壁和绷带条装入消毒避孕套中自剑突下套筒取出,粘合切口,结束手术。

2 结果

本组120例均用腹腔镜完成手术,手术时间30~120 min,平均48 min,术中无并发症发生。术后恢复较快,首次下地活动在术后4~24 h,10 h均恢复流质饮食,术后大多数可耐受疼痛。其中92例残腔置管引流,76例于术后1周内拔管,8例术后胆漏(6.67%),8例有残腔积液或引流液过多(>100 ml/d)予以带管出院,其

中13例于术后3周内拔管,2例于术后5周内拔管,术后平均住院天数5.2 d。门诊随访6~48个月,4例术后3年复发(非原发部位),1例行开腹包虫内囊摘除术,3例行2次腹腔镜下肝包虫内囊摘除术;8例因残腔积液在B超引导下经皮肝包虫残腔穿刺引流术,1例因残腔积液感染行切开引流术,1例因囊壁出血于术后第2天行开腹止血,均获治愈,无其他并发症。

3 讨论

肝包虫病是我国西北地区比较常见的慢性寄生虫病,占人体包虫病的70%~80%[1]。目前治疗肝包虫仍以外科手术摘除内囊和处理外囊为主[2]。自1987年Mouret首次报道腹腔镜胆囊切除术以来,腹腔镜技术得到了迅速的应用和推广,我院在成功开展腹腔镜胆囊切除术的基础上,对肝包虫病人运用腹腔镜技术进行肝包虫内囊摘除术、外囊开放术,取得了良好的效果。

3.1 疗效评价

肝包虫病的治疗以往多采用剖腹包虫内囊摘除术,原则上是清除内囊,防止囊液污染手术野,缩小或消除外囊腔,预防术后并发症。但常规手术切口长、创伤大、恢复慢、腹部并发症多,随着腹腔镜技术应用范围的扩宽,自1992年谭家忠应用腹腔镜行肝包虫内囊摘除术,应用腹腔镜技术治疗肝包虫病已成为一种安全、可行、有效的微创新方法[3]。本组病例与剖腹手术比较包虫的治愈率及术后复发率无明显的差异,但腹腔镜肝包虫内囊摘除术不仅有创伤小、痛苦小、恢复快、进食早、输液少、术后并发症少、住院时间短等优点外,还有以下特点:首先,腹腔镜不仅能方便的处理对于常规手术不易显露出的包虫囊肿,如右肝后叶的囊肿,而且可以清楚的观察包虫残腔;常规手术对位置较高残腔的观察往往是间接的,残腔内部是直视不到的盲区,只有通过纱布擦拭腔壁来判断有无胆漏、出血,无法看到胆瘘、出血的具体部位,故无法准确的处理胆漏口及出血点,这正是常规手术术后胆漏的主要原因,而腹腔镜可伸入包虫残腔内清楚的观察胆漏、出血的具体部位,并引导用电凝、钛夹夹闭或缝扎来处理胆漏口及出血点。其次,肝包虫术后复发率较高,国际上报告在18.5%~36.0%,国内新疆维吾尔自治区统计高达36.96%[4],既2次甚至3次手术的机率较大,常规手术往往导致腹腔内广泛的粘连,给再次手术造成很大的不便,并成为再次手术副损伤的主要原因,而腹腔镜肝包虫内囊摘除术对腹腔内部的影响很小,粘连较少,几乎不影响再次手术操作。本组4例复发,1例行常规手术,3例行腹腔镜肝包虫内囊摘除术,术中均证实这一点。

3.2 适应证与禁忌证

本方法适用于肝脏膈面脏面的较大的单发肝包虫囊肿或合并单发腹腔包虫,如位于右肝前叶、后叶前部、左肝外叶、方叶及尾叶,但靠近肝后部、肝顶部、膈肌、第二肝门除外。多发包虫囊肿(>3个),巨大包虫,术后复发肝包虫,合并腹腔或术区广泛粘连者应慎重。钙化型肝包虫,深藏于肝内的中央型包虫囊肿,向邻近器官如胸腔、胆道破入的包虫囊肿为禁忌证。

3.3 围术期注意事项

(1)术前B超或CT认真定位,对包虫囊肿的数量、位置、大小、形态等都有明确了解并在腹壁相应部位做好穿刺标记,同时对肝包虫手术的难易程度有初步的了解。(2)术前口服丙硫咪唑及吡喹酮1周,术后继续口服2~3月,以减少包虫复发。(3)麻醉以气管内插管全麻为好,可避免自主呼吸对手术的影响,也便于监护及出现过敏性休克时抢救。(4)术后严密观察病人,置管者注意引流液量及颜色,引流液小于20 ml/d,无明显脓汁或胆漏,术后3~4 d复查B超残腔积液小于30 ml予以拔管,留置引流管时间超过2周,往往会造成残腔继发感染,而导致病人长期带管。如有胆漏,保持引流通畅,大多数日或数周可逐渐减量、停止。若拔管后如有残腔积液可在B超引导下经皮肝包虫残腔穿刺抽吸出积液。

3.4 术中注意事项

(1)手术按“无瘤手术原则”进行[5],术中应用20%高渗盐水浸泡过的长绷带条严密保护好包虫囊肿周围组织,穿刺时吸引器对准穿刺点,以随时吸净溢出的包虫液和高渗盐水,穿刺针垂直进入囊肿,边进针边吸引,防止囊液外溢造成包虫种植或引起过敏性休克,文献报道过敏性休克发生率可高达4.6%[4],而肝包虫囊肿超声引导穿刺治疗时过敏性休克致死率为0.3%[6]。同时应在穿刺囊肿前20 min静滴氢化可的松100

mg及抗胆碱药物非尼拉明,成人50 mg,儿童0.5 mg/kg·b.w.。(2)切除肝包虫外囊壁时,应把包虫囊内、囊外用腹腔镜仔细的观察,将不带肝组织的外囊壁尽量的切除,对切缘认真电凝止血,而尽可能不切肝组织较多外囊壁,以免引起较难止的出血、胆漏。(3)抽吸肝包虫内囊及囊液的吸引器应选择口径较粗、质地较硬的塑料管以减少阻塞,内囊较大者可先用钳子夹碎后再吸出。(4)抽吸出包虫内囊液用20%高渗盐水处理囊腔10 min以杀灭原头蚴。传统方法用4%甲醛或3%过氧化氢溶液,因过氧化氢溶液遇组织和包虫囊液等会产生大量的气泡,易造成囊液外溢,且腹腔镜术中用电刀而慎用3%过氧化氢溶液。4%甲醛毒性大,刺激性强,在术中应用有致死的报告,近年报道用20%高渗盐水效果最好,作用10 min可使原头蚴全部死亡[7]。(5)研究证实包虫囊液厌氧菌感染率为30%,需氧菌感染率为10%,对合并有包虫囊液感染者,用0.5%的甲硝唑反复冲洗囊腔,但无需腹腔,以防感染扩散及包虫腹腔种植。本组23例囊内感染坏死者,术后均无残腔感染,术后1周内拔管。(6)对肝包虫囊腔均采用外囊敞开的方法,不缝合外囊,向腹腔敞开,有利于残腔缩小和积液减少[8],且能流入腹腔,被腹膜、大网膜、浆膜迅速吸收,残腔愈合快,并发症少。腹腔包虫囊腔可将大网膜填塞入内,以防肠管粘入导致梗阻。(7)用高渗盐水浸泡过的小方纱反复擦洗囊腔内壁,彻底擦洗掉附着在囊壁上原头蚴后,把腹腔镜伸入包虫残腔内仔细的检查有无胆漏、出血及残留子囊并予以相应的处理,以尽可能的减少肝包虫的复发、胆漏及残腔积液。(8)用于保护的绷带条有不同程度的受包虫囊液的污染,为了防止包虫腹腔及腹壁的种植,将切除的外囊壁和绷带条装入消毒避孕套中,取腹腔内最短的路径,自剑突下套筒取出。

参考文献:

- [1] 陈敏章. 中华内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1392-3.
- [2] Ammann RW, Eckert J. Echinococcus[J]. Gastroenterol Clin North Am, 1996, 25(8): 655-89.
- [3] 王自立. 应用腹腔镜治疗腹部包虫囊肿病[J]. 中国实用外科杂志(Chin J Pract Surg), 1998, 18(3): 273.
- [4] 严律南. 肝脏外科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 697.
- [5] 徐明谦, 王自立, 戈小虎, 等. 肝包虫病手术并发症的预防与处理[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(5): 396.
- Xu MQ, Wang ZL, Ge XH, et al. Prevention and treatment of complication of surgery for hepatic hydatid cysts[J]. Chin J Surg, 2000, 38(5): 396.
- [6] Men S, Hekimoglu B, Yucesoy C, et al. Percutaneous treatment of hepatic hydatid cysts:an alternative to surgery[J]. AJR, 1999, 172(2):83-89
- [7] Khuroo MS, Wani NA, Javid G, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts[J]. N Engl J Med, 1997, 337(3): 881-7.
- [8] 周跃兴, 张 武. 肝包虫囊肿微创治疗进展[J]. 中国微创外科杂志, 2001, 1(5): 318.
- Zhou YX, Zhang W. Advancements in minimally invasive treatment of hepatic hydatid cysts[J]. Chin J Mini Inva Surg, 2001, 1(5): 318.

参考文献:

- [1] 陈敏章. 中华内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 1392-3.
- [2] Ammann RW, Eckert J. Echinococcus[J]. Gastroenterol Clin North Am, 1996, 25(8): 655-89.
- [3] 王自立. 应用腹腔镜治疗腹部包虫囊肿病[J]. 中国实用外科杂志(Chin J Pract Surg), 1998, 18(3): 273.
- [4] 严律南. 肝脏外科[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 697.
- [5] 徐明谦, 王自立, 戈小虎, 等. 肝包虫病手术并发症的预防与处理[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(5): 396.
- Xu MQ, Wang ZL, Ge XH, et al. Prevention and treatment of complication of surgery

for hepatic hydatid cysts[J]. Chin J Surg, 2000, 38(5): 396.

[6] Men S, Hekimoglu B, Yucesoy C, et al. Percutaneous treatment of hepatic hydatid cysts:an alternative to surgery[J]. AJR, 1999, 172(2):83-89

[7] Khuroo MS, Wani NA, Javid G, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts[J]. N Engl J Med, 1997, 337(3): 881-7.

[8] 周跃兴, 张 武. 肝包虫囊肿微创治疗进展[J]. 中国微创外科杂志, 2001, 1(5): 318.

Zhou YX, Zhang W. Advancements in minimally invasive treatment of hepatic hydatid cysts[J]. Chin J Mini Inva Surg, 2001, 1(5): 318.

[回结果列表](#)