维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.1

·短篇与个案·

24例肝海绵状血管瘤外科诊治体会

刘兴贵*

肝海绵状血管瘤是一种较为常见的肝脏良性肿瘤，我院近十年来经手术和病理确诊24例、外科疗效满意、本文就其诊治结果总结如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组24例中、男8例，女16例；年龄24～52岁，平均32岁。上腹隐胀不适15例、健康体检发现7例，2例伴慢性胆囊炎出现右上腹隐痛。B超检查24例、CT 24例，同位素肝血池扫描8例、选择性肝动脉造影2例。血管瘤直径≤5cm 10例、>5cm 14例。本组均为单发，位于肝右叶18例、肝左叶6例。

2.手术方法：根据血管瘤位于肝脏的部位，分别采用右侧或左侧为主的肋缘下屋顶式或人字型切口、位于右肝膈顶部的血管瘤采用胸腹联合切口进入腹腔，充分游离、暴露切除部位。对于较小血管瘤，直接顺血管瘤边缘将肿瘤局部挖出，不阻断肝门、出血较少。对较大血管瘤，切除时阻断第一肝门血流，紧靠血管瘤边缘切开肝组织，分离钳夹切断肝断面之血管与胆管、并牢固结扎，一般15分钟内可将血管瘤完整切除。阻断超过15分钟时、需松开止血带5分钟再阻断，继续将瘤体切除。对切除后的残腔，严密止血后，尽量缝合关闭，不能关闭者用止血纱布或大网膜填塞，膈下及肝断面放置引流管。本组行血管瘤局部挖出术10例、血管瘤加部分肝组织切除术14例，2例同时行胆囊切除术。肝门血流阻断小于15分钟者11例，超过15分钟行二次阻断切除者3例。

3.手术效果与并发症：本组无1例死亡、全部治愈出院。1例因肝创面填塞止血纱布较多，术后液化形成囊腔，引起低热、经抗炎治疗症状消失出院；另1例并发右侧反应性胸腔积液、影响呼吸，行胸腔穿刺抽液配合抗炎治疗后痊愈。

二、讨论

1.关于肝血管瘤的诊断：肝海绵状血管瘤是最常见的肝脏良性肿瘤、好发于中年患者，以女性居多，绝大多数为单发，瘤体较小时无任何临床症状、较大者有上腹不适、腹胀、腹痛等表现。本组24例平均年龄32岁，7例无任何临床症状，15例出现上腹隐胀不适。术前诊断必须依靠肝功能、B超、CT、同位素肝血池扫描甚或选择性肝血管造影等系列检查。B超、CT因无创伤，能了解包块的性质、数目、大小和部位，可作为首选检查。本组B超检查均为低回声团块，CT平扫为低密度病灶，增强扫描后可见病变周围有晕环、绝大多数病例经B超、CT检查后多能确诊。对少数经上述检查不典型病例，特别是与AFP阴性的肝癌难以鉴别时、可加作同位素肝血池扫描甚或肝血管造影等。本组行同位素肝扫描8例，选择性肝动脉造影2例均得到确诊。术中主要根据瘤体表面光滑、其上覆有大的血管，色暗红或呈软、硬相间的斑驳状，与正常肝组织相比，肝血管瘤质地较软、可压缩。这些特点可帮助我们在术中进一步确诊。

2.肝血管瘤的治疗：手术切除是治疗肝海绵状血管瘤最有效的方法，肝血管瘤切除的传统术式都采用血管瘤在内的肝切除术。这种手术切除了部分正常肝组织、对于术后肝功能恢复不利。由于血管瘤与正常肝组织之间常有一定界线，对于小的血管瘤，我们主张采用顺瘤体边缘摘除，在血管瘤与肝组织之间，用血管钳钳夹、切断、结扎，切忌在瘤体上切割或缝扎、妥善处理切除后残腔；该术式操作简便，手术时间短，出血量少，不用阻断肝门血流，本组采用血管瘤摘除手术10例，术后恢复良好，无1例出现并发症。对于较大血管瘤，我们采用包括血管瘤在内的肝切除术，在切除时尽量紧靠血管瘤边缘、使被切除的正常肝组织尽量少些；同时为避免术中大出血，在切除时阻断第一肝门血流、迅速切除瘤体。本组有11例在阻断肝门后15分钟内切除瘤体；超过15分钟时、应松开止血带5分钟再二次阻断、否则由于肝缺血、缺氧时间过长，造成肝细胞损害，致使术后发生严重肝功能不良、甚至肝衰。本组3例采用二次阻断切除瘤体、由于阻断时间控制较好，无1例术后发生肝衰。对于切除后的肝创面，结扎、缝扎可疑的胆管、血管，两端用力合拢、缝合关闭不留死腔；不能缝合关闭者、可游离一块大网膜、缝合其上，覆盖肝创面。对于一些止血不理想的创面，在填塞止血物时应适宜，以免术后发生不良反应；本组有1例由于填塞较多止血纱布、致使术后液化形成囊腔、造成患者长时间低热就是一个教训。

（收稿：1999-09-07）

* 作者单位：550004 贵州省贵阳医学院附属医院普外科

IUD嵌顿于剖宫产疤痕二例报告

周睿雨* 张仲强*

IUD的嵌顿造成取器困难、往往给受术者带来意想不到的损伤，而剖腹产术中放置宫内节育器（IUD）发生环位异常嵌顿于子宫疤痕处，在临床上不多、但一旦发生，取器时更易损伤子宫疤痕，造成子宫破裂等严重并发症。本站于九七年一月到九

* 作者单位：312000 浙江省绍兴市计划生育技术指导站