DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.04.025
第25卷第4期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 4
2003年2月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Feb. 2003

文章编号:1000-5404(2003)04-0333-03

论著

腹腔镜下规则左半肝切除治疗肝内胆管结石

陈 平,别 平,刘吉奎,董家鸿 (第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院,重庆 400038)

提 要:目的 探讨腹腔镜下规则左半肝切除治疗肝内胆管结石的可能性。方法 选择左肝内胆管结石病人,全麻下行腹腔镜规则左半肝切除术。结果 2例病人均成功完成手术,病人出血400~600 ml,无并发症,痊愈出院。随访病人恢复良好。结论 腹腔镜左半肝切除术能治疗左侧肝内胆管结石,为肝内胆管结石的治疗提供又一新选择。

关键词:腹腔镜肝切除;肝内胆管结石
中图法分类号:R675.24 文献标识码:A

A feasibility study laparoscopic liver resections of hepatolithiasis

CHEN Ping, BIE Ping, LIU Ji-kui, DONG Jia-hong (Insititute of Hepatobiliary Surgery of PLA, Southwest hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038)

Abstract: Objective To assess the feasibility of hepatolithiasis treatment using laparoscopic liver resections. Methods A prospective study of laparoscopic liver resections was undertaken in selected patients with left intrahepatic stone, and these patients were operated by laparoscopic left lobectomy. Results Two cases were operated successfully. Mean blood loss was 400~600 ml. Conclusion Laparoscopic resections are feasible in selected patients with left intrahepatic stone and bring up a new method for hepatolithiasis.

Key words: laparoscopic liver resection; hepatolithiasis

肝内胆管结石是临床上常见疾病,特别是左侧肝内胆管结石。传统的治疗采用开腹左半肝切除术、胆道探查术。近年来,随着腹腔镜技术的飞快发展,腹腔镜切肝技术的不断完善,以及腹腔镜下胆道镜技术的进步,使我们采用腹腔镜行规则左半肝切除治疗肝内胆管结石成为可能,今年我们用腹腔镜行规则左半肝切除治疗2例左肝内胆管结石合并胆总管结石的病人,取得成功,为肝内胆管结石的治疗提供又一新的选择。

1 临床资料与方法

1.1 病例选择

选择左侧肝内胆管结石伴左肝萎缩、继发性胆总管结石患者2例。

病例1:男性,36岁,反复右上腹隐痛伴畏寒、发热、黄疸10年入院。4年前在外院行胆囊切除、胆道探查术。查体:一般情况良好,皮肤巩膜无黄染,腹部检查右上腹部斜切口瘢痕,长约15 cm。余无特殊发现。B超、CT均提示:左肝内胆管结石伴萎缩,胆总管结石,胆总管直径1.1 cm,见图1,2。

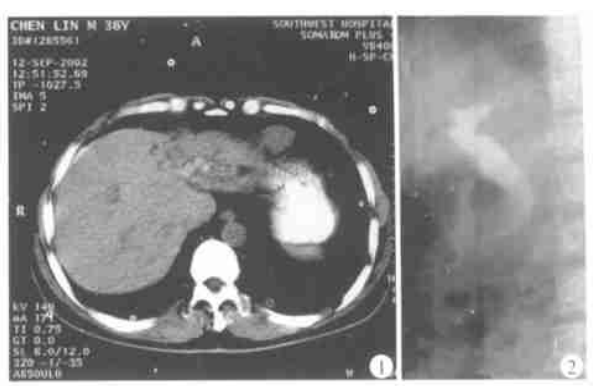


图1 CT提示左侧肝内胆管结石伴左肝萎缩

Fig 1 Left hepatic duct stones with left liver atrophy shown by CT

图2 ERCP提示左肝管开口狭窄伴结石,胆总管下端结石

Fig 2 Left hepatic duct stricture with stones and common bile duct dilation with stones shown by ERCP

病例2:女性,34岁,反复右上腹隐痛伴畏寒、发热4年入院,偶有黄疸,近来发作频繁。查体:一般情况良好,皮肤巩膜无黄染,腹部检查无特殊发现。B超、CT均提示:左肝内胆管结石伴萎缩,胆总管结石,胆总管直径1.2 cm,见图3~5。

1.2 手术器械

腹腔镜、胆道镜、纤维十二指肠镜:日本Olympus公司制造。超声止血刀:美国强生公司制造。血管闭合系统:美国Valley公司制造。

作者简介:陈 平(1964-),男,四川省眉山市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事肝胆外科临床、腹腔镜外科及肝再生实验方面的研究。电话:(023)65318301-73083

收稿日期:2002-05-10;修回日期:2002-11-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net



图 3 CT 提示左侧肝内胆管结石伴左肝萎缩

Fig 3 Left hepatic duct stones with left liver atrophy shown by CT

图 4 CT 提示左肝管开口结石伴左肝内胆管扩张

Fig 4 Stones of left hepatic duct entrance shown by CT

图 5 CT 提示胆总管下端结石(胰腺段)

Fig 5 Stones of common bile duct shown by CT

1.3 手术方法

第 1 例病人: 经过积极术前准备, 先行 ERCP 检查, 行 EST, 取出胆总管结石 3 枚, 约 0.5~0.8 cm。3 d 后在全麻下行腹腔镜下规则左半肝切除、腹腔引流术。手术顺利, 术中出血约 300 ml。手术时间约 5 h。

手术情况: 全麻后, 常规消毒铺巾, 病人左侧卧位。按腹腔镜胆囊切除方法放置 Trocar, 先分离胆囊区的粘连。然后病人右侧卧位, 在剑突下 5 cm 处, 再放置 10 mm Trocar。先解剖第一肝门, 分离左肝动脉、门静脉左干和左肝管, 分别钳夹、切断, 然后用超声止血刀切除左半肝, 左肝静脉需单独钳夹。扩大剑突下切口至 4~5 cm, 将肝剪碎取出, 创面放置血浆管引流, 结束手术, 术后常规输液、抗炎、止血等治疗。

第 2 例病人: 在全麻下行腹腔镜下规则左半肝切除、胆道探查、胆道镜取石、T 管引流术。手术顺利, 手术时间约 5 h。

手术情况: 手术与第 1 例病人相似。但手术方法有所不同。先按第一例方法切除左半肝, 然后行腹腔镜胆道探查术, 纵行切开胆总管约 2 cm, 插入胆道镜, 取出胆总管结石 3 枚, 约 0.5~0.9 cm, 放置 18 号 T 管, 缝合胆管切口。扩大皮肤切口, 取出左半肝, 放置引流, 结束手术, 术后常规处理。

1.4 观察指标

手术时间; 术中出血量; 住院时间; 手术并发症。

2 结果

2.1 病人手术及住院情况

见表 1。

表 1 病人手术及住院情况

Tab 1 Data of operation and hospitalization

	Time of operation(h)	Loss of blood(ml)	Duration of hospitalization(d)	Complications
Case 1	5	300	9	none
Case 2	5	400	7	none

术后恢复情况: 第 1 例病人术后第 2 天可以进食, 第 3 天开始下床活动, 5~7 d 拔除引流管, 9 d 即可出院。第 2 例病人术后恢复相似, 第 2 天进食, 第 3 天开始下床活动, 5~7 d 拔除引流管后带 T 管出院。

2.2 随访

迄今术后已 3 个月多, 病人生活、工作良好。

3 讨论

随着腹腔镜技术的飞速发展, 腹腔镜不仅用于胆囊切除, 而已开始用于实体器官的切除, 如脾切除、肾切除、肾上腺切除, 近来用于肝切除。1996 年 Azagra[1] 报道了第 1 例规则性左肝外叶切除术。近年来, 腹腔镜下良性肿瘤肝切除的报道逐渐增多, 肝脏恶性肿瘤切除虽有争论, 但也有相关报道, 毕竟腹腔镜肝切除具有腹部切口小、切口美观, 病人恢复快, 住院时间短等众多微创优势, 为病人和医生所接受。但采用腹腔镜肝切除治疗肝内胆管结石, 在国内外杂志相关报道甚少。

3.1 腹腔镜下左半肝切除安全性评估

近年来, 随着腹腔镜技术和器械的发展, 腹腔镜肝切除已逐步成为成熟的技术, 特别是某些部位如左外叶、左半肝和右前叶的肝切除用腹腔镜完成, 具有微创的优势。

目前报道腹腔镜肝切除例数最多的是法国的 Daniel Cherqui, Daniel 等对 30 例腹腔镜肝切除病人安全性和可行性进行了探讨[2]。结果显示: 在 1996 至 1999 年共进行 159 例肝切除, 其中有 30 例采用腹腔镜肝切除, 18 例为良性病变, 12 例为恶性肿瘤(包括 8 例

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

原发性肝癌)。2 例转开腹手术,1 例规则左半肝切除,8 例左外叶切除,9 例肝段切除,11 例不规则局部切除术。没有死亡,平均出血 300 ml,平均手术时间 3.5 h。表明选择适当病例,行腹腔镜肝切除是可行安全的。同时也显示规则左半肝切除目前做得较少。de Hemptinne 等也认为肝脏某些边缘部位如左肝、右前叶等的良性病变应首先可虑腹腔镜肝切除[3]。最新欧洲多中心资料显示:左肝、右前叶 37 例肝癌采用腹腔镜肝切除取得满意疗效,认为腹腔镜肝切除是安全可行的[4]。

3.2　腹腔镜下左半肝切除结合 ERCP、胆道镜治疗肝内胆管结石

肝内胆管结石在我国是常见病,其发病率占结石病的 10%左右,在某些地区高达 40%~50%。而肝内胆管结石以左肝内胆管结石为多。传统的治疗方法采用开腹左半肝切除术,创伤大、恢复慢。国外腹腔镜肝切除技术主要用于肝脏肿瘤,而我们将腹腔镜肝切除技术和胆道镜、ERCP 等技术结合起来,使腹腔镜治疗肝内外胆管结石成为可能。

肝内胆管结石有其特点,常常肝内外胆管均有结石,因此在处理上有所不同。第 1 例病人先行 ERCP,取出肝外结石后,再行腹腔镜肝切除。第 2 例则手术一次完成,即术中行腹腔镜肝切除后同时行腹腔镜胆道探查,均取得满意疗效。我们认为,要成功进行腹腔镜肝切除治疗肝胆管结石应注意以下几点:①适当选择病例:由于目前腹腔镜肝切除的主要适应症为左肝和右前叶病变,因此,因选择结石位于以上部位者,特别是左肝结石最适合。②第一肝门能清晰显露者:我们采用的腹腔镜肝切除不阻断第一肝门,能否成功解剖第一肝门,分别分离、钳夹左肝动脉和门静脉左干是手术成功的关键。因此最好病人无胆道或上腹部手术史。我们第一例病人有胆道手术史,虽然手术成功,但解剖第一肝门特别费时。③必要的切肝器械:需要超声止血刀、血管闭合器、双极电凝等肝断面止血设备。④有腹腔镜下处理肝外结石的能力:肝内胆管结石常常合并肝外胆管结石,如术前 ERCP 不能取出结石、或病人不愿行 ERCP,可考虑术中腹腔镜下胆道镜取石。

虽然手术时间比开腹手术长,但病人术中出血少、术后恢复快、痛苦小,明显缩短住院时间,有明显微创优势。手术时间长与刚开展手术还不十分熟练有关。

我们认为腹腔镜肝切除技术和胆道镜、ERCP 等技术有机的结合,使腹腔镜治疗肝内外胆管结石成为可能,为左侧肝内胆管结石的治疗提供又一新选择。

参考文献:

[1] Azagra J S, Goergen M, Gilbart E, *et al*. Laparoscopic anatomical (hepatic) left lateral segmentectomy: technical aspects[J]. Surg Endosc, 1996, 10(10): 758-761.

[2] Cherqui D, Husson E, Hammoud R, *et al*. Laparoscopic liver resections: a feasibility study in 30 patients[J]. Ann Surg, 2000, 232(6): 753-762.

[3] Hemptinne D, Hesse B, Pattyn U J, *et al*. Laparoscopic liver resection compared with conventional partial hepatectomy[J]. Br J Surg, 1998, 85(2S) Suppl 2: 37.

[4] Gigot J F, Glineur D, Santiago A, *et al*. Laparoscopic Liver Resection for Malignant Liver Tumors: Preliminary Results of a Multicenter European Study[J]. Ann Surg, 2002, 236(1): 90-97.

(编辑　冷怀明)

(上接 332 页)

断应首先查清伤史、症状。若有危险区开放伤史而生命征尚平稳者,也应高度警惕,予诊断性心包穿刺、彩超以尽快明确诊断。

2.2　及时有效的生命支持是后期抢救的重要保证

此类病人往往并发有失血性休克、血气胸、急性心包填塞,开胸前建立多条深静脉扩容通道支持有效循环为手术提供生命支持至关重要;紧急气管插管不仅能维持病人呼吸,也为手术全麻作好了准备。

2.3　紧急就地开胸手术止血是救治成功的关键

心脏刀刺伤来院时,根据生命体征一般有 4 种情况:①死亡:入院时无生命体征或入院前已无生命体征;②临床死亡:入院时已无生命体征,但到医院途中尚有生命体征;③濒死:半昏迷,脉细,血压不可测知,叹息呼吸;④重度休克:动脉收缩压低于 80 mmHg,意识尚清楚。第 1 类病人已救不活,第 2、3 类需立即剖胸止血,第 4 类病人可先扩容,如情况不改善,则立即剖胸止血[1]。本例病人属第 3 类情况,遵以上原则简化手续、延缓某些检查项目、立即行剖胸探查止血以及以病人为中心、整体救治的急救模式为抢救争取了时间,使救治成功。

关键词:心脏贯通伤;心脏停搏;抢救
中图法分类号:R654.205.97　　文献标识码:B

参考文献:

[1] 黎　鳌. 现代创伤学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998.743-744.

(编辑　陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net