

腹腔镜肝切除术 7 例临床体会

肖仲贤, 于 杰, 左峻林, 王宏武, 胡 佳, 龚海军
(临沧市人民医院普通外科, 云南 临沧 677000)

[关键词] 肝切除术; 腹腔镜; 临床体会

[中图分类号] R657.3 [文献标识码] A [文章编号] 1003 - 4706 (2012) 10 - 0133 - 02

自 1991 年 Reich 等首次报道了腹腔镜肝切除术 (laparoscopic hepatectomy, LH) 以来, 与腹腔镜有关的肝切除报道逐年增多。由于肝脏解剖结构的特殊性, LH 术中对出血、胆漏、肿瘤切缘的判断, 一直是难以解决的问题。同时, 肝脏外科经验丰富、腹腔镜技术娴熟的外科医生的缺乏, 也成为了制约 LH 手术发展的原因之一。临沧市人民医院普通外科 2010 年 5 月以来独立并成功完成了 7 例腹腔镜肝切除术, 临床效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

7 例肝脏肿瘤患者, 其中女 3 例, 男 4 例。年龄 25 ~ 62 岁, 平均 45 岁, 病灶均位于左肝外侧叶及右肝边缘, 其中直肠癌肝转移 1 例, 肝病灶 5.4 cm × 4.6 cm; 左肝外侧叶肝内胆管结石 1 例, 肝病灶 6 cm × 4 cm; 左肝外侧叶肝血管瘤 3 例, 病灶分别为 5 cm × 4.3 cm 和 2 cm × 1.5 cm。慢性结石性胆囊炎并右肝边缘肝血管瘤 2 例, 病灶各为 2 cm × 1.5 cm。肝功能 Child 分级 A 级 6 例, B 级 1 例。术前按常规行 B 超、CT、MRI 检查。病例的选择标准为: 原发病灶位于肝脏的边缘或左肝外侧叶, 肝功能 Child 分级为 B 级以上, 既往无肝胆系统手术史。

1.2 手术方法

术前留置胃管、尿管。先在脐周作 1 cm 的切口, 穿刺后行 CO₂ 气腹 (压力 13 ~ 15 cmH₂O), 后置入腹腔镜。观察腹腔内形态及肿瘤所在部位, 了解有无肝内转移及腹腔其他部位的转移。根据肿瘤的位置再作 3 ~ 4 个操作孔, 同时调整体

位。肝切除术的步骤如下: (1) 游离肝脏: 用超声刀、电刀离断肝周围韧带, 常规于第一肝门处游离后置入细尿管, 作为预置阻断第一肝门准备, 然后根据肿瘤不同情况作预切缘; (2) 断肝: 沿拟定切线用超声刀、Ligasure 血管闭合系或者直线切割闭合器相结合, 在距离肿瘤边缘 1 cm 处离断肝实质, 本组 4 例位于肝脏边缘或肝表面的肿瘤, 行肝脏局部切除。在距离肿瘤外 1 cm 处作切缘, 先用电刀作预切线, 同时肝脏表面 1 cm 内可用超声刀切开, 切开时需缓慢操作, 再用超声刀游离肝脏断缘, 若遇较大管道则用 LigaSure 血管闭合切割系统离断或游离清晰管道后上夹。重复、缓慢, 仔细游离, 直至将肝脏切断为止。

本组 1 例直肠癌肝转移瘤同时行大肠癌肝转移腹腔镜一期手术切除术, 即先用 5 孔法行腹腔镜直肠癌根治术, 完成肠管游离、肠系膜下血管处理后, 调整患者体位行腹腔镜下肝转移瘤切除术。在原有 Trocar 基础上增加 Trocar。对左肝外侧叶门静脉、肝动脉和胆管三种结构的分支一起用直线切割钉合器离断, 后用直线切割器切断左肝静脉的主干或分支, 完成腹腔镜下左肝外侧叶肿瘤切除术。

本观察组 1 例左肝外侧叶肝内胆管结石, 行腹腔镜下解剖性左肝外侧叶切除术: (1) 解剖第一肝门, 在肝门左侧二、三级肝门处解剖分离出需要切除的左肝外侧叶脉管, 直接用钛夹夹闭; (2) 解剖第二肝门, 仔细分离出左肝静脉的主干, 用钛夹夹闭, 完成腹腔镜下左肝外侧叶切除术; (3) 收集标本: 将切除的标本迅速装入标本袋, 密封后待取出; (4) 处理断面: 冲洗肝脏断面, 严密止血、喷洒医用生物蛋白胶, 迅速覆盖明胶海绵止血。必要时用细针行肝断面缝合 1 ~ 2 针, 加强

[基金项目] 云南省中青年学科带头人后备人才培养基金资助 (2006PY01-63)

[作者简介] 肖仲贤 (1970~), 男, 云南临沧市人, 医学学士, 主任医师, 主要从事普外科及腹腔镜外科临床工作。

[通讯作者] 于杰. E-mail: lincangzx.QQ.com

止血。检查无出血、胆漏后，于断面处留置引流管。

2 结果

7 例肝脏肿瘤患者顺利完成手术，无中转开腹；手术持续时间 90 ~ 360 min，平均 180 min，术中出血 100 ~ 700 mL，平均 300 mL，全部患者肿瘤均完整切除，肿瘤包膜完整。术后未发生明显胆漏和出血等并发症，患者恢复良好。随访 6 ~ 20 个月，未出现复发或转移。

3 讨论

随着医疗器械的不断更新、腹腔镜手术经验的不断积累、手术操作技巧的不断提高，近年来腹腔镜肝切除术在肝脏外科的应用得到迅速发展。然而，术式发展还相对较慢，还需医学工作者的进一步的探索和应用。对于肝脏切除手术来说，病变部位多局限于表浅小病灶，并且只在少数大型医疗机构开展。目前国内外仍缺少大宗临床随机对照实验报告。

腹腔镜肝切除术的难点^[1]在于：（1）肝脏解剖结构。由于肝脏的双重血供，切除时容易出血，腹腔镜肝切除术暴露视野困难，阻断肝门、缝合止血等开腹技术得不到施展；（2）腹腔镜手术中，CO₂气腹可导致气体栓塞的发生；（3）腹腔镜下有效切肝器械的缺乏。以上问题导致近几年来，腹腔镜肝切除术仅局限于肝脏边缘、左外叶的病灶的边缘性局部切除，或左外叶的切除。对更大范围的肝切除术的开展较难。

腹腔镜肝切除术的操作技巧和体会：LH 是高风险的手术，而其中术中出血仍为最大难题。在笔者研究的病例中，对位于肝脏边缘的病灶行局部切除时，不需要阻断第一肝门，但笔者均对其预先进行游离，以减少术中的意外出血。本组 4 例行右肝边缘、左肝外侧叶血管瘤局部切除，用超声刀切开肝表面、游离肝脏断缘，切开动作缓慢，若遇较大管道则用 LigaSure 血管闭合切割系统离断或游离清晰管道后上夹，重复、缓慢，仔细游离，直至将肝脏切断为止。

本组 1 例行腹腔镜下解剖性左肝外侧叶切除术：解剖第一肝门，在肝门左侧二、三级肝门处解剖分离出需要切除的左肝外侧叶脉管，直接用钛夹夹闭；解剖第二肝门，仔细分离出左肝静脉的主干，用钛夹夹闭，用超声刀及血管闭合切割系统

(LigaSure) 切开肝表面及游离肝脏断缘，若遇较大管道上钛夹夹闭，完成腹腔镜下左肝外侧叶切除术。

本组 1 例直肠癌肝转移瘤行同时性大肠癌肝转移腹腔镜一期手术切除术，即先用 5 孔法行腹腔镜直肠癌根治术，完成肠管游离、肠系膜下血管处理后，调整患者体位行腹腔镜下肝转移瘤切除术。在原有 Trocar 基础上增加 Trocar。对左肝外侧叶门静脉、肝动脉和胆管三种结构的分支一起用直线切割钉合器离断，后用直线切割器切断左肝静脉的主干或分支。出血量少，效果满意，手术的关键在于，尽可能多地将肝表面的肝实质用超声刀切断，以减少断肝平面的厚度，以便使用内镜切割闭合器对肝内剩余管道结构的夹合切断，该例患者采用一个内镜切割闭合器同时切断 II、III 段肝蒂，用超声刀切开肝组织。该例患者术中采用超声刀切开肝组织，内镜切割闭合器处理肝左静脉及肝蒂，操作简单易行，效果良好，但经济费用增加。笔者应用腹腔镜技术治疗结肠直肠癌肝转移，手术时不受切口的限制，解决了手术切口难于同时行一期手术的困难，充分体现了“微创技术”的优点^[2]。

笔者的临床经验表明，在现有手术器械的条件下，在不阻断肝门血流的情况下，可以安全进行腹腔镜局部肝切除和左肝规则性切除，赞成刘荣^[3]的观点：由于肝左外叶独特的解剖结构使得腹腔镜肝左外叶切除术成为开展较早、应用较多的腹腔镜肝切除术术式，最终使得腹腔镜肝左外叶切除术取代开腹手术，成为肝左外叶切除的“金标准”术式。

综上所述，通过医疗器械的不断更新、临床医师的经验积累与技术提高，位于肝脏边缘、左肝外侧叶的肝脏占位或肝内胆管结石，在充分掌握适应证及相应的手术操作技巧的基础上，行腹腔镜肝切除术是安全可行的。

[参考文献]

- [1] 林建华,李朝龙. 腹腔镜辅助肝部分切除10例的临床体会[J]. 中国内镜杂志,2001,7(6):45-46.
- [2] 肖仲贤,于杰,左峻林,等. 同时性大肠癌肝转移腹腔镜一期手术切除1例报道[J]. 昆明医学院学报,2011,32(2):155-156.
- [3] 刘荣,赵固栋. 肝左外叶切除的“金标准”术式:腹腔镜肝左外叶切除术[J/CD]. 中华腔镜外科杂志(电子版),2010,3(6):474-478.

(2012-07-14 收稿)