

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.09.028

文章编号: 1005-8982 (2019) 09-0127-02

腹腔镜下巨大肝尾状叶血管瘤切除术 1 例

邹明皓, 龚连生, 李晓莉, 刘刚, 林伶, 肖瑶, 周文炫

(中南大学湘雅医院 肝胆胰外科, 湖南 长沙 410008)

关键词: 血管瘤; 肝; 腹腔镜 / 外科手术

中图分类号: R657.3

文献标识码: D

1 临床资料

1.1 患者信息

患者, 中年女性, 52岁, 因右上腹胀痛1个月入中南大学湘雅医院治疗。伴恶心, 无呕吐及其他不适, 无其他基础疾病, 无手术、创伤、过敏、遗传病史。查体可见腹部平软, 右上腹深压痛, 未扪及明显包块, 皮肤巩膜未见明显黄染。实验室检查提示胆红素稍增高: 总胆红素: 33.5 $\mu\text{mol/L}$; 直胆红素: 13.0 $\mu\text{mol/L}$; 甲胎蛋白、癌抗原19-9等其他检查均正常, 肝功能评分Child-Pugh A级。完善影像学检查, 可见彩超示右肝后叶94 mm × 73 mm大小的低回声肿块, 与右肾相邻。CT见肝尾状叶107 mm × 77 mm巨大稍低密度团块, 动脉期向心性强化, 门脉及延迟期持续强化, 门脉右支有受压倾向。下腔静脉明显受压移位(见图1)。本研究建立肿瘤的3D模型(见图2), 对肿瘤解剖关系及手术方式的选择进行了进一步的评估。完善相关检查后, 腹腔镜下行巨大肝尾状叶血管瘤切除术。

1.2 手术过程

术中根据“5孔”法(见图3), 分别于脐下做观察孔1个, 左、右各上腹做操作孔4个。术中可见巨

大肿瘤自尾状叶沿肝脏右后叶外侧缘生长。采用右侧入路的方法, 游离肝圆韧带、镰状韧带、右冠状韧带、右三角韧带、肝结肠韧带、肝肾韧带, 沿下腔静脉向上游离第三肝门, 解剖出所有肝短静脉, 分别用Ham-o-lock夹闭后离断。尾状叶与肝后下腔静脉分离, 阻断肝门, 降低中心静脉压为2 ~ 5 cmH_2O , 游离出肝动脉、门静脉向尾状叶分支, 分别以Ham-o-lock夹闭后离断, 在肝门后方, 沿肝血管瘤包膜表面分离, 并离断血管瘤与肝实质及肝门之间的管道结构, 将尾状叶血管瘤完整切除。术中间隔阻断肝门共4次, 约60 min, 每次阻断间隔5 min。血管瘤完全切除术

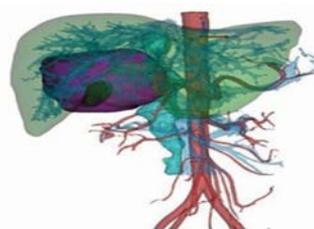


图2 3D模型

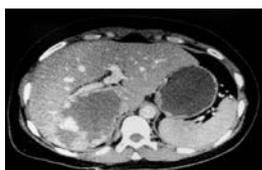


图1 术前CT



图3 术中5孔

收稿日期: 2018-12-09

[通信作者] 龚连生, E-mail: 13973169263@163.com; Tel: 113973169263

后, 延长一侧切口为 5 cm, 取出标本。手术历时约 210 min, 手术过程顺利, 出血控制佳。所切除肿瘤经实际测量约为 11 cm × 8 cm 大小 (见图 4)。

1.3 术后恢复

患者术后返回病房, 恢复顺利, 未见手术并发症。于术后 5 d 出院。术后病理回报提示: 肝脏海绵状血管瘤。术后腹胀症状消失, 黄疸指数恢复正常。



图 4 大体标本

2 讨论

结合各国文献^[1-2]及多次手术经验, 体会如下:

①严格把握手术适应证。本例患者由于尾状叶部位空间狭小, 血管瘤巨大以致压迫肝门、下腔静脉、门静脉右支及周围脏器, 引起患者轻微黄疸, 考虑肿瘤良性可能性大且患者肝功能良好, 因此行单独肝尾状叶切除术; ②术者需要具备良好的心理素质, 具有丰富的开腹尾状叶手术经验及腹腔镜手术经验, 主刀与助手之间需要密切配合, 且熟悉肝脏尾状叶的局部解剖; ③术前进行充分的影像学评估, 明确血管与肿瘤之间的解剖关系, 本例患者还建立了 3D 打印模型, 更好地

在术前明确肿瘤与周围组织的解剖关系。对解剖复杂、切除困难的手术, 3D 模型的建立可以使术前评估更加充分, 手术更加安全; ④选择手术入路。手术采用的是右侧入路。尾状叶手术入路的方式主要包括: 左侧入路、右侧入路、左右联合入路、正中入路。由于肿瘤体积较大, 采用右侧入路, 而对体积较小的肿瘤, 左侧入路无疑是最合适的方式; 左右联合入路主要用于单独尾状叶的切除; 正中入路则要求沿正中裂劈开肝实质, 暴露下腔静脉, 创伤较大, 更适用于联合右半肝切除的根治性手术。CHAI 等^[3]认为联合 Arantius 韧带悬吊术更有利于暴露术区; ⑤控制术中出血。术中低中心静脉压的控制很重要, 也有不少文献报道术中运用多功能解剖器, 取得了良好的效果。对较细的血管、胆管, 一般用连发的 Ham-o-lock 可以有效夹闭, 而对较粗的血管及胆管多采取打薄肝实质, 运用腹腔镜切割闭合器直接闭合脉管、切除肝脏。预留肝门阻断带和低中心静脉压 (<5 cmH₂O) 是预防出血的有效手段。

参 考 文 献:

- [1] JIN B, JIANG Z C, HU S Y, et al. Surgical technique and clinical analysis of twelve cases of isolated laparoscopic resection of the hepatic caudate lobe[J]. *BioMed Research International, Biomed Res Int*, 2018(16): 5848309.
- [2] CHEN K H, JENG K S, HYANG S H, et al. Laparoscopic caudate hepatectomy for cancer-an innovative approach to the no-man's land[J]. *J Gastrointest Surg*, 2013, 17(3): 522-526.
- [3] CHAI S, ZHAO J, ZHANG Y, et al. Arantius ligament suspension: A novel technique for retraction of the left lateral lobe liver during laparoscopic isolate caudate lobectomy[J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2018, 28(6): 740-744.

(张西倩 编辑)