

完全腹腔镜下肝左叶切除术与开腹手术的临床效果分析

王耀东

(河南省许昌市中心医院肝胆外科 许昌 461000)

摘要:目的:比较完全腹腔镜下肝左叶切除术与开腹手术的临床效果。方法:回顾性分析我院 2013 年 2 月~2015 年 10 月收治的 60 例行肝左叶切除术的临床资料,其中腹腔镜下肝左叶切除术者为观察组,30 例开腹手术者为对照组。分析比较两组患者术前、术后相关指标。结果:观察组手术时间、术中出血量均高于对照组($P<0.05$),观察组切口长度、引流管留置时间、开始进食时间均短于对照组($P<0.05$)。两组患者术前各项肝功能指标无显著性差异($P>0.05$);术后观察组 ALT、AST、TBIL 均低于对照组($P<0.05$)。结论:腹腔镜肝左叶切除术具有微创、安全、有效等优点,利于患者术后恢复及肝功能保护,值得推广应用。

关键词:肝左叶切除术;腹腔镜;开腹手术

中图分类号:R657.3 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.042

肝左叶解剖结构独特,肝脏血运丰富,术中出血多,手术风险大。随着腹腔镜技术的不断进步以及超声刀、切割闭合器等切肝设备在临床的使用,肝癌患者行腹腔镜手术切除的安全性不断提升^[1]。然而,临床缺乏足够数据证实腹腔镜肝左叶切除术的疗效更具优势,因而其与开腹手术的优劣依然存在一定的争议^[2]。笔者回顾性分析我院收治的肝癌手术患者临床资料,比较完全腹腔镜下肝左叶切除术与开腹手术的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2013 年 2 月~2015 年 10 月收治的 60 例行肝左叶切除术的临床资料,其中 30 例腹腔镜下肝左叶切除术者为观察组,30 例开腹手术者为对照组。观察组男 18 例、女 12 例,年龄 45~68 岁、平均年龄(52.3 ± 4.6)岁,肿瘤位置 15 例为Ⅲ段、9 例为Ⅱ段、6 例为Ⅳ段。对照组男 16 例、女 14 例,年龄 43~69 岁、平均年龄(52.5 ± 4.8)岁,肿瘤位置 16 例为Ⅲ段、10 例为Ⅱ段、4 例为Ⅳ段。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入选标准 (1)所有患者术前均存在不同程度腹部不适、隐痛、腹胀等症状;(2)所有患者术前肝功能分级均为 Child-Pugh A 级;(3)均签署研究知情同意书;(4)均无上腹部大手术史;(5)排除心、肾等重要器官功能障碍;(6)排除手术禁忌症。

1.3 方法

1.3.1 腹腔镜肝左叶切除术 患者行气管插管,全身麻醉,取仰卧分腿位,根据手术需要术中体位调整。于患者脐下缘做 10 mm 穿刺孔建立气腹,压力 12~14 mm Hg。置入腹腔镜,探查病变性质及手术可行性,以左、右锁骨中线肋缘下、左腋前线肋缘下作辅助切口。游离肝脏:用超声刀切断肝镰状韧带、肝左三角韧带、左冠状韧带,范围距肿瘤边缘 2

cm 以上,用电凝钩设置预切线,超声刀沿预切线逐步离断肝组织,钛夹闭合管道至肝组织完全切断,注意解剖出左肝静脉并用不可吸收生物夹夹闭后切断,吸引器协助吸引,保持术野清晰。超声刀烧灼止血肝创面,常规置 1 根引流管。

1.3.2 开腹手术 患者行气管插管,全身麻醉,双肋缘下腹部切口,行肝切除术,术前用电刀于肝表面标出肝切线,之后用电刀沿标记线切除。术中对于 3 mm 以上管样结构给予血管钳钳夹及结扎处理。

1.4 观察指标 比较两组患者手术相关指标,包括手术时间、术中出血量、切口长度;术后恢复指标,包括引流管留置时间、开始进食时间;手术前后肝功能指标,包括谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、总胆红素(TBIL),于术前及术后第 1 天测定。

1.5 统计学方法 采用统计学软件 SPSS19.0 处理数据,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用率表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标比较 观察组手术时间、术中出血量均高于对照组($P<0.05$);观察组切口长度、引流管留置时间、开始进食时间均短于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术相关指标比较($\bar{x}\pm s$)							
组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	切口长度 (cm)	引流管留 置时间(d)	开始进食 时间(d)	
观察组	30	127.8± 25.5	178.4± 23.3	3.6± 0.6	3.8± 1.4	1.6± 0.4	
对照组	30	106.1± 20.4	141.5± 25.7	17.7± 4.1	7.1± 1.1	3.5± 0.7	
t		6.640	2.83	18.63	10.15	12.91	
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

2.2 两组患者手术前后肝功能指标比较 术前两组患者各项肝功能指标比较无显著性差异($P>0.05$);术后两组患者肝功能指标均得到改善,且观察组患者 ALT、AST、TBIL 均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

(下转第 100 页)

现及损伤的具体情况准确判断,闭合性损伤的患者则很可能被误认为脚踝扭伤,造成误诊漏诊的情况。常规诊断急性闭合性跟腱断裂的单足提踵试验、Matles 试验以及其他相关试验在诊断中的假阳性率及假阴性率都较高。本文采用高频超声和 MRI 诊断都可以为医生提供患者损伤位置的丰富影像学图像,更有利于损伤的判断。

58 例患者在术前均接受了高频超声和 MRI 诊断,其中,高频超声诊断由于其对软组织不同层次的结构都有较高的分辨率,能够通过对跟腱长轴切面的纤维束状结构连续性及其回声表现对跟腱断裂的情况进行判断。正常情况下,跟腱长轴切面的束状结构表现出细线样强回声与低回声平行相间的图像特点,回声呈连续性,而当其发生断裂后,则纤维束状结构的连续性被破坏,表现出低回声、无回声或者混合回声的图像特点;如果跟腱呈不完全断裂状态,无回声或低回声区仍可观察到部分正常腱纤维回声的存在,当患者被动屈伸踝关节时表现更为明显,表现为断裂的跟腱处断端间隙增宽,被动跖屈时有两端接近但不完全对合的。而 MRI 诊断则可根据肌腱纤维组织在 T1WI 序列和 T2WI 序列上的信号特点进行分析。正常情况下,其均呈低信号特点,发生断裂后,则会因磁场中方向各异的情况,出现磁共振魔

角效应;完全断裂与不完全断裂的患者,在信号表现上有所不同,前者因大量血液、液体的出现,在 T1WI 序列上呈低信号,T2WI 序列上则呈片状或团块状高信号表现;后者则表现出跟腱周围 T1WI 序列上呈混合信号,而 T2WI 上呈高信号表现。

本文 58 例患者,经 MRI 诊断跟腱断裂的灵敏度、特异性、准确度都在 90%以上,显著高于高频超声,这是由于磁共振扫描技术具有软组织分辨率高,图像清晰度好,能实现多序列、多参数成像的优点,通过三维成像可以更为有效得判断断裂部位的形态、结构特点^[2-3]。而高频超声容易受腱周肿胀、血肿、跟腱断裂程度及范围的影响,导致漏诊的出现。

总之,高频超声和磁共振成像技术都是诊断急性闭合性跟腱断裂的有效方法,高频超声诊断具有操作简便、快捷、价格便宜、检查快的优点,可以作为患者的首选筛查方式,但在诊断灵敏度、特异性及准确度上,磁共振成像技术更具优势,特别在跟腱部分断裂的患者中更有利于患者的明确诊断。

参考文献

[1]王丽华.急性闭合性跟腱断裂高频超声与低场 MRI 诊断价值的比较[J].中国临床医学影像杂志,2012,23(10):748-750
[2]陈学兴,盛爱萍,陈亚彩,等.40 例跟腱断裂的低场强 MRI 表现[J].现代诊断与治疗,2015,26(19):4486-4488
[3]王青娟,吴洲.高频超声与 MRI 在急性闭合性跟腱断裂中的诊断价值比较[J].临床医学工程,2016,23(2):153-155

(收稿日期: 2017-02-23)

(上接第 67 页)

表 2 两组患者手术前后肝功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ALT (IU/L)	AST (IU/L)	TBIL (mmol/L)
观察组	30	治疗前	121.0± 26.1	87.6± 16.9	74.5± 9.4
		治疗后	50.2± 14.3 [*]	43.4± 8.1 [*]	13.5± 6.1 [*]
对照组	30	治疗前	119.4± 28.4	85.8± 20.1	74.1± 11.6
		治疗后	71.2± 19.0 [*]	55.7± 12.2 [*]	22.5± 7.6 [*]

注:与治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,*P<0.05。

3 讨论

手术切除为肝占位性病变主要治疗方法,腹腔镜肝切除术在肝良性病变中的应用已得到认可,但恶性肿瘤切除依然受到质疑,且受到腹腔镜肝切除术手术难度的影响,医生出于安全考虑更倾向于选择开腹手术,但与开腹手术相比,多数学者的研究都肯定了腹腔镜手术具有一定的优势^[3-4]。

本研究资料显示,与开腹手术比较,腹腔镜肝左叶切除术虽然手术时间较长,但手术切口长度更短,引流管留置时间及患者开始进食时间也明显短于开腹手术患者。手术切口方面,腹腔镜手术切口分散,短小,对神经损伤小,切口疼痛比较分散,程度较开腹手术轻,且感染机会相对降低^[5]。手术时间方面,可能是因为我科开展腹腔镜手术较早,相关经验不够丰富,但是随着手术开展例数的不断增加,手术时

间也明显缩短。术后开始进食时间方面,腹腔镜手术过程中,操作空间相对密闭,避免脏器直接暴露,胃肠道所受刺激减少,利于术后肠道功能较快恢复,进食较早^[6]。对于肝脏功能方面,由于是肝脏手术,对肝脏有一定的损伤,术后肝功能必然会有有一定的改变,但腹腔镜手术患者术后 ALT、AST、TBIL 等相关指标明显优于开腹手术,可能原因在于腹腔镜手术操作更为精细,减少了对肝脏组织的损伤和挤压,尽可能的保护肝脏。综上所述,腹腔镜肝左叶切除术具有微创、安全、有效等优点,对具有合适手术指征的患者效果更佳,利于患者术后恢复及肝功能保护,生存期更长,值得推广应用。

参考文献

[1]唐建中,孙志为,莫一我,等.常规器械下经脐单孔腹腔镜肝左叶切除 28 例临床分析[J].昆明医科大学学报,2014,35(2):118-119
[2]杜庆云,韩恩崑,杨连营.先天性胆总管囊肿的外科治疗[J].中国中西医结合外科杂志,2011,17(4):392-393
[3]黄文峰.肝内外胆管结石手术治疗 230 例临床分析[J].中国综合临床,2012,28(1):56-58
[4]郑强,张大伟,卢海武,等.腹腔镜与开腹肝左叶部分切除治疗肝癌的临床疗效分析[J].岭南现代临床外科,2014,14(3):274-277
[5]邹洪,李军,崔建峰,等.腹腔神经丛阻滞对大鼠肝部分切除术后残肝炎症反应的影响[J].中华肝胆外科杂志,2014,20(6):454-456
[6]何志国,熊焰,余铨.腹腔镜肝切除术治疗原发局限性肝内胆管扩张[J].中国内镜杂志,2012,18(11):1197-1200

(收稿日期: 2017-02-20)