

腹腔镜小切口手术在肝囊肿患者治疗中的应用

赵小立

(河南省濮阳市南乐县人民医院普通外科 南乐 457400)

摘要:目的:探讨腹腔镜小切口手术在肝囊肿患者治疗中应用的效果。方法:选取 2018 年 2 月至 2020 年 12 月于南乐县人民医院普通外科治疗的 98 例肝囊肿患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组,各 49 例。对照组行常规开腹手术,观察组行腹腔镜小切口手术治疗,对比两组手术相关指标、术后恢复指标;比较两组术前、术后 1 周腹部疼痛程度[视觉模拟评分法(VAS)]、肝功能;术后随访 1 个月,观察两组并发症发生情况。结果:观察组手术时间、胃肠功能恢复时间及肝功能恢复时间较对照组短,术中出血量较对照组少($P<0.05$);术后 1 周,两组天冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、总胆红素(TBil)水平较术前均降低,且观察组低于对照组($P<0.05$);术后 1 周,两组 VAS 评分低于术前,且观察组低于对照组($P<0.05$);两组并发症发生率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:腹腔镜小切口手术治疗肝囊肿可有效缩短手术时间,降低术中出血,促进胃肠功能恢复,改善患者肝功能,减轻患者的疼痛程度,且并发症较少。

关键词:肝囊肿;腹腔镜小切口手术;并发症;肝功能

中图分类号:R735.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.03.015

肝囊肿是肝脏良性疾病,多由肝内胆管障碍、虫卵感染等导致,具有起病隐匿、早期无临床症状、病程长等特点。早期囊肿较小,且无明显临床症状的患者无须进行外科治疗,若出现恶心呕吐、腹胀、腹痛、黄疸等症状,影响患者日常生活与工作,降低患者的生活质量时,则需及时进行治疗^[1]。目前,临床上肝囊肿的治疗以硬化剂、囊肿穿刺抽吸、开腹手术、腹腔镜手术等为主。随着内镜技术的不断发展,腹腔镜下手术治疗可通过微小切口将囊液吸出、囊肿壁完整切除,提高患者生存率,治疗效果较好,已成为治疗肝囊肿的重要方式^[2]。本研究探讨腹腔镜小切口手术在肝囊肿患者治疗中应用的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经南乐县人民医院医学伦理委员会批准[编号:2018 审(03)号]。选取 2018 年 2 月至 2020 年 12 月于我院治疗的 98 例肝囊肿患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 49 例。对照组男 20 例,女 29 例;年龄 23~67 岁,平均(45.13 ± 4.52)岁;肝囊肿部位,肝左叶 15 例,肝右叶 34 例;单发 26 例,多发 23 例;囊肿直径 5.6~18.7 cm,平均(11.55 ± 3.86)cm。观察组男 22 例,女 27 例;年龄 24~65 岁,平均(44.91 ± 4.43)岁;肝囊肿部位,肝左叶 16 例,肝右叶 33 例;单发 29 例,多发 20 例;囊肿直径 5.2~18.4 cm,平均

(11.64 ± 3.92)cm。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合《外科学(第 8 版)》^[3]中肝囊肿诊断标准,且经影像学、实验室检查确诊;伴有上腹部疼痛、腹胀等典型症状;自愿参与并签署知情同意书;为首次实施腹腔镜下手术治疗;依从性高,可配合此次研究;无精神疾病。排除标准:伴凝血功能异常;伴其他脏器功能异常;存在腹腔镜手术禁忌证;合并自身免疫性疾病;合并恶性肿瘤;既往存在腹腔镜手术史;患有精神疾病。

1.3 治疗方法 对照组行常规开腹手术,观察组行腹腔镜小切口手术。两组术前均禁食 8 h,术中密切观察血压、心率、心电图等指标。对照组:患者取仰卧位,行气管插管全身麻醉,麻醉生效后进行常规消毒铺巾;于患者右上腹肋缘处取一斜切口,开腹,并对肝囊肿部位进行定位,切除肝脏表层囊壁,冲洗囊肿内的囊液,利用无水乙醇擦拭囊壁内上皮组织;创面止血后,放置引流管,关闭腹腔,缝合切口。观察组:气管插管全身麻醉,常规消毒后采用 3 孔法,于脐部附近做一小切口,长约 1 cm,将其作为气腹针及腹腔镜入口,将两侧锁骨中线及脐缘交点作为穿刺点,置入 10 mm Trocar,注入 CO₂ 气体,建立人工气腹,腹腔内压力保持为 12 mm Hg,置入腹腔镜;置入腹腔镜后,患者体位为头低脚高位,在患者肝脏内观察

囊肿位置、数目及大小,定位后,于肝囊肿囊壁无血管区及最薄处进行穿刺,利用负压吸引器吸出囊液,观察囊液的颜色及性质,排出血性液体及胆汁;随后进行体液检查、细胞学检查、胆红素定量检查等,并对肝脏进行轻轻按压,充分显露囊肿,吸出囊肿内囊液后,利用胆囊抓钳,提起囊壁,利用组织剪在囊肿顶部无肝组织覆盖的部分开窗,确保引流畅通;利用无水乙醇破坏环壁边缘上皮组织,创面止血后放置引流管,关闭腹腔,缝合切口。术后密切观察患者的体温、术后切口渗出情况,抗生素抗感染治疗 2~3 d。指导患者进食流质饮食,叮嘱其早期下床活动。

1.4 观察指标 术中及术后恢复情况:观察两组手术时间、术中出血量、胃肠功能恢复时间及肝功能恢复时间。肝功能指标:术前、术后 1 周抽取患者 2 ml 空腹外周静脉血,以 3 300 r/min 速率,离心 10 min,离心半径 10 cm,取血清待检;利用上海科华实验系统有限公司陕西分公司的 Polaris c1000 全自动生化分析仪测定天冬氨酸氨基转移酶 (Aspartate Aminotransferase, AST)、丙氨酸氨基转移酶 (Alanine Aminotransferase, ALT)、总胆红素 (Total Bilirubin, TBil),上述操作严格遵守仪器说明书进行。腹部疼痛程度:采用视觉模拟评分法 (Visual Analogue Scale, VAS)^[4]对患者术前、术后 1 周的腹部疼痛程度进行评估,分值 0~10 分,0 分无痛,10 分疼痛剧烈无法忍受。并发症发生情况:术后随访 1 个月,记录两组切口感染、腹水、胆瘘等术后并发症发生情况。

2.4 两组并发症发生情况对比 两组并发症发生率对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生情况对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	切口感染	腹水	胆瘘	合计
对照组	49	1 (2.04)	2 (4.08)	1 (2.04)	4 (8.16)
观察组	49	0 (0.00)	1 (2.04)	1 (2.04)	2 (4.08)
χ^2					0.178
<i>P</i>					0.399

1.5 统计学方法 用 SPSS25.0 统计学软件处理数据。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 *t* 检验;计数资料用%表示,用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术及术后恢复情况对比 观察组手术时间、胃肠功能恢复时间及肝功能恢复时间较对照组短,术中出血量较对照组少 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况及术后恢复情况对比($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	胃肠功能恢复 时间(h)	肝功能恢复 时间(d)	
对照组	49	116.53± 12.69	61.84± 6.79	32.45± 5.76	5.35± 1.08	
观察组	49	73.47± 7.82	23.62± 4.15	19.13± 4.24	3.17± 0.94	
<i>t</i>		20.221	33.620	13.036	10.658	
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	

2.2 两组腹部疼痛情况对比 术前两组 VAS 评分比较无明显差异 ($P>0.05$);术后 1 周两组 VAS 评分较术前降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 VAS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	术前	术后 1 周	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	49	6.12± 0.56	3.26± 0.12	54.956	0.000
对照组	49	5.98± 0.59	4.02± 0.35	39.998	0.000
<i>t</i>		1.205	14.378		
<i>P</i>		0.231	0.000		

2.3 两组肝功能对比 术前,两组 AST、ALT、TBil 水平对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);术后 1 周,两组 AST、ALT、TBil 水平均较术前降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

3 讨论

临床上肝囊肿根据发病原因分为寄生虫性与非寄生虫性两种类型,其中寄生虫性多为肝包虫病引起,且发病率较低;而非寄生虫性又分为先天性与后天性两种,其中后天的肝囊肿发生主要由炎症、创伤、肿瘤等引发^[5]。肝囊肿起病隐匿,且多数患者于体检时经影像学检查发现,随着病情不断发展,囊肿

表 3 两组肝功能对比($\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	AST(U/L)		ALT(U/L)		TBil(mg/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	49	32.36± 3.48	30.15± 1.53	32.27± 4.12	30.06± 3.54	15.03± 2.14	13.64± 1.28
观察组	49	31.94± 3.39	28.96± 1.42	31.85± 3.93	28.56± 3.49	14.87± 2.05	12.15± 1.13
<i>t</i>		0.605	3.991	0.516	2.112	0.378	6.109
<i>P</i>		0.547	0.000	0.607	0.037	0.706	0.000

不断增大,可能出现压迫症状,初期可能仅表现为恶心、呕吐、腹胀等轻微症状,随着压迫加剧,可能引发门静脉高压、肠道梗阻等,出现腹水、水肿等症状,甚至存在囊肿破裂出血、感染等风险^[9]。

传统的开腹手术在肝囊肿的治疗中可取得良好效果,且其操作简单,可彻底处理囊肿壁。同时,开腹手术还具有视野开阔、适应证广,可灵活应对胆漏、出血等合并症,术后并发症少等优点。但该手术由于手术切口大,出血量也较多,造成患者术后恢复较慢^[7-8]。近年来,随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜下小切口手术已成为治疗肝囊肿的重要方式,具有切口小、出血少、胃肠功能恢复快等优势。同时,腹腔镜术中还可分析囊液情况,根据囊液的颜色、性状等选择适宜的处理方法^[9-10]。

AST 主要分布在肝脏、肾及心肌中,当肝细胞受损时释放到血液中,是肝功能检查中的重要指标;ALT 是参与人体蛋白质新陈代谢的酶,当人体内各组织器官活动或病变时,就会把 ALT 释放到血液中,是肝功能损害最敏感的检测指标;TBil 包括直间接胆红素,可用来诊断患者是否有肝脏疾病或胆道异常,三者水平与肝功能损伤程度呈正比^[11]。本研究结果显示,观察组手术时间、胃肠功能恢复时间及肝功能恢复时间均较对照组短,术中出血量较对照组少,且观察组术后 AST、ALT、TBil 水平及 VAS 评分较对照组低,提示肝囊肿患者行腹腔镜小切口手术治疗出血量更少,所需时间更短,且各项功能恢复更好,可有效减轻腹部疼痛程度。分析原因:腹腔镜小切口手术为微创手术,只需在腹壁上做 3 个穿刺孔进行手术操作,可避免对腹部软组织的过度损伤,减轻术中血管舒缩功能紊乱现象,可有效降低术中出血量;还可避免手术过程中感染的发生风险,减少手术操作步骤,从而缩短手术时间^[12]。且腹腔镜下手术避免了原先的伤口,没有强行牵拉肝脏周围正常组织,避免术中多层组织缝合的现象,降低对机体软组织损伤程度,利于降低术后疼痛程度^[13]。该手术对软组织伤害小,避免了患者因创伤大,伤口无法愈合的现象,可促进患者下床走动,加强胃肠道蠕动,促进消化液的分泌,加强消化道平滑肌的收缩力量,从而增强胃肠的消化功能和小肠吸收功能,进而

加快患者胃肠功能恢复^[14];同时运动还可增加患者的呼吸深度与频率,促使膈肌上下移动和腹肌较大幅度地活动,对胃肠道起到较好的按摩作用,加强胃肠道黏膜的防御机制,促进胃肠道的血液循环,改善患者的内循环,增加机体对氧气的运输量,提高肝细胞的营养物质,加速排除肝脏内毒素,帮助减轻肝脏负担,从而增强患者的免疫功能,提高免疫力,进而改善患者的肝功能,促进患者康复^[15]。

本研究结果还显示,两组并发症发生率对比,无显著性差异,提示肝囊肿患者行腹腔镜小切口手术治疗不会增加患者的并发症,安全性较高。分析原因:腹腔镜手术是在超声影像实时引导和监护下,到达肝脏囊肿病灶部位,利用医用高分子材料特制的引流管,抽吸囊肿内的积液,再注入生物制剂,迅速破坏囊肿的囊壁结构,使囊肿细胞迅速脱水,蛋白质变性、坏死,同时促进肝脏免疫功能,恢复肝功能,达到治疗肝囊肿的目的,具有对软组织伤害小,术后恢复快等优点。但腹腔镜小切口手术操作要求较高,且存在不足之处,无法有效处理位置较深及膈顶部的囊肿,手术过程中还可能对膈肌造成损伤,诱发气胸。因此,临床上应根据患者囊肿情况进行综合评估,对于部分存在高危因素的患者,应做好术前检查,选择合适的手术方式,以降低患者手术风险。

综上所述,腹腔镜小切口手术治疗肝囊肿可有效缩短手术时间,减少术中出血,促进胃肠功能恢复,改善患者肝功能,减轻患者的腹部疼痛情况,且并发症较少。

参考文献

[1]葛宇,朱家胜.腹腔镜手术治疗Ⅶ、Ⅷ段肝囊肿的临床体会[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(5):337-339.
[2]周涛,陶醉,郭林泉,等.腹腔镜与开腹开窗术治疗肝囊肿疗效 Meta 分析[J].中国现代医学杂志,2017,27(30):70-76.
[3]陈孝平,汪建平.外科学[M].第 8 版北京:人民卫生出版社,2013:544-551.
[4]孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
[5]卢德清.单孔腹腔镜去顶减压术治疗肝囊肿的效果及对应激水平的影响[J].中国现代普通外科进展,2016,19(12):952-954.
[6]刘吉平,张国胜,高志伟,等.腹腔镜与开腹肝囊肿开窗引流术对患者肝功能及免疫功能的影响[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(5):333-336.
[7]曹学冬,陈佳骏,曲岩,等.腹腔镜开窗引流术与 B 超引导下穿刺硬化术治疗肝囊肿的疗效对比[J].肝胆胰外科杂志 2020,32(8):506-508.
[8]汪小庭,陈丹磊.腹腔镜肝囊肿开窗引流术(附 39 例报告)[J].腹腔镜外科杂志,2015,20(9):644-647.
[9]宋辉,周健,秦胜旗,等.腹腔镜下小切口手术(下转第 128 页)