

## • 临床研究 •

## 腹腔镜肝切除治疗肝肿瘤的手术技巧及应用效果探析

邓 平

慈利县人民医院 湖南张家界 427200

**摘要：目的** 探析腹腔镜肝切除手术治疗肝肿瘤的效果。**方法** 根据手术时间先后将 2015.03.01 日至 2017.06.01 日在本院接受治疗的 50 例肝肿瘤患者分成对照组 25 例和观察组 25 例。前组实施开腹肝切除手术，后组采取腹腔镜肝切除手术。将两组围术期指标和术后并发症发生情况进行对比。**结果** 两组术时相差不大 ( $p$  值  $> 0.05$ )，但观察组术中出血总量 ( $395.25 \pm 71.15\text{ml}$ )、切口长度 ( $4.54 \pm 1.01\text{cm}$ )、术后进食时间 ( $1.23 \pm 0.15\text{d}$ ) 及术后并发症发生率 (4.00%) 都优于对照组 ( $p$  值  $< 0.05$ )。**结论** 腹腔镜肝切除手术应用在肝肿瘤中具有很好的疗效，并且安全性高。

**主题词：**腹腔镜肝切除；肝肿瘤；应用效果

**中图分类号：**R735.7

**文献标识码：**A

**文章编号：**1009-6647 (2018) 09-072-02

肝肿瘤是脏器肿瘤疾病中病情相对严重、治疗难度相对较大的一类疾病，受手术器械局限性的影响<sup>[1]</sup>，往年以开腹手术为主，近些年随着医疗器械的更新改进，更具微创理念的术式逐渐应用在临床中，腹腔镜手术第一次应用在肝脏肿瘤中的时间是 1991 年，本文为了探讨肝肿瘤采取腹腔镜肝切除术的效果，选取患者共 50 例，内容见正文描述。

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料

从本院肿瘤科收治的肝肿瘤患者中选出 50 例，肺脏、肾脏、心脏等其他脏器功能正常，无上腹部手术史，手术时间为 2015.03.01 日至 2017.06.01 日，按照手术时间先后原则分成例数均等的两组。

观察组 (共 25 例，男 15 例，女 10 例) 一 年龄：下限 46 岁，上限 69 岁，平均 ( $53.26 \pm 5.10$ ) 岁；肿瘤直径：下限 1.60cm，上限 7.50cm，平均 ( $4.12 \pm 1.34$ ) cm。

对照组 (共 25 例，男 14 例，女 11 例) 一 年龄：下限 45 岁，上限 68 岁，平均 ( $53.32 \pm 5.24$ ) 岁；肿瘤直径：下限 1.50cm，上限 7.60cm，平均 ( $4.31 \pm 1.28$ ) cm。

文中两组肝肿瘤患者的基本资料存在微小差别，但对比无统计学意义。

#### 1.2 方法

**【观察组】：**腹腔镜肝切除手术。操作通道为 4-5Trocarr，腹内压控制在 12mmHg 左右，结合病灶位置，实施肝叶切除法、肝段切除法或者是局部切除法，利用超声技术全面查找病灶，防止遗漏，局部切除者，标记好切除线，距离病灶边缘两厘米位置将整块病灶切除，肝段切除者，先

对第一肝门进行解剖，使入肝血流通道被阻断，结合缺血状况标记切割线，肝硬化明显者，在局部切除之前，先射频消融，用超声刀将凝固的肝组织切开，采取电凝止血法，入肝实质深面之后，若脉管结构直径超过 3mm，采用钛夹先夹闭再切断，脉管结构若比较粗大，则用腔镜血管闭合器进行离断处理，若肝组织无肝硬化，则从肝表面开始，向肝实质深部方向，用超声刀离断，采用同种方法处理主要脉管，切除肿瘤病灶后，对肝断面进行冲洗。

**【对照组】：**开腹肝切除手术。取弧形切口于右侧肋缘下，结合肝脏质地、肿瘤位置选择合适的断肝器械和方式，肝脏断面处理方法、切割线确定方法与观察组术式相同。

#### 1.3 观察指标

记录两组围术期指标 (术中出血总量、切口长度、术时、术后进食时间)。

观察两组术后的并发症发生情况，对比发生率。

#### 1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件处理文中数据，计数资料 (术后并发症发生率) 用 “%” 的形式表示，卡方值检验；计量资料 (围术期指标) 用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 的形式表示， $t$  值检验。对比数据差别明显用  $p < 0.05$  表示，反之用  $p > 0.05$  表示。

### 2 结果

#### 2.1 围术期指标

如表一数据所示，两组术时相差不大， $p$  值大于 0.05，观察组术中出血总量更少，切口长度更短，术后更早进食， $p$  值小于 0.05。

表一：2 组肝肿瘤患者的围术期指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组名  | 例数 (n) | 术中出血总量 (ml)        | 切口长度 (cm)        | 术时 (min)           | 术后进食时间 (d)      |
|-----|--------|--------------------|------------------|--------------------|-----------------|
| 观察组 | 25     | $395.25 \pm 71.15$ | $4.54 \pm 1.01$  | $159.58 \pm 23.34$ | $1.23 \pm 0.15$ |
| 对照组 | 25     | $559.56 \pm 86.34$ | $19.56 \pm 0.34$ | $160.46 \pm 22.59$ | $3.21 \pm 0.48$ |

注：除术时外，组间数值相比， $p < 0.05$ 。

#### 2.2 术后并发症

表二：2 组肝肿瘤患者术后的并发症发生情况 [n (%)]

| 组名  | 例数 (n) | 感染 | 肝功能不全 | 腹水 | 胸腔积液 | 总计        |
|-----|--------|----|-------|----|------|-----------|
| 观察组 | 25     | 0  | 0     | 1  | 0    | 1 (4.00)  |
| 对照组 | 25     | 2  | 1     | 2  | 2    | 7 (28.00) |

注：组间数值相比， $p < 0.05$ 。

如表二数据可知，观察组的术后并发症发生率 (4.00%)

更低， $p$  值小于 0.05。

### 3 讨论

腹腔镜手术属于微创术式中比较典型的一种，随着该器械的更新改进，临床手术成功率逐渐升高。肝肿瘤在脏器肿瘤中发病率相对较高<sup>[2]</sup>，在各项肝切除手术中，85% 以上都采取腹腔镜肝切除手术，更具精准化、微创化<sup>[3]</sup>，弥补了以往开腹手术大创伤的不足。

(下转第 74 页)

疗方案以手术和放射治疗为主。人乳头瘤病毒感染是其主要的病因,早期患者以手术治疗为主。随着腹腔镜技术在妇科恶性肿瘤中的应用逐渐成熟,早期宫颈癌的手术方式已逐渐由传统的开腹手术转变为腹腔镜手术,并有取代开腹手术的趋势。

腹腔镜手术微创美观,对患者的损伤小,术野开阔清晰,有助于探查腹、盆腔转移和淋巴结的情况。腹腔镜手术术后疼痛程度轻,下床活动时间早,胃肠功能恢复的时间早,显著防止下肢深静脉血栓的形成。腹腔镜组患者手术时间长于对照组,但术中出血量、术后肛门排气时间、下床活动时间、拔除引流管时间及术后住院时间等方面均优于腹式组<sup>[6-7]</sup>。我们的研究与其有相同的结果。术中采用超声刀凝切组织,止血更彻底,腹腔内的气体压力也减少术中出血。腹腔镜手术时间与患者肥胖有关,与术者的腹腔镜技术水平和团队集体配合有关<sup>[8-9]</sup>。我们研究中腹腔镜组手术时间长于腹式组。我们认为随着腔镜技术的不断提高、手术经验的积累及手术器械的改良,手术时间呈缩短趋势。

宫颈癌主要的转移途径是淋巴结转移,淋巴结转移是术后补充放疗的重要指标。术中用超声刀先电凝淋巴管,再切除淋巴结,显著减少术后淋巴囊肿的发生。淋巴结切除数目是判断恶性肿瘤手术有效性的一个重要方面。腹腔镜与开腹两种手术途径行根治性子宫切除术治疗早期宫颈癌,两种手术途径在术后复发率、手术时间、手术并发症、盆腔淋巴结切除数量等方面差异无统计学意义<sup>[10-11]</sup>。

随着腹腔镜技术的不断提高、手术经验的积累及手术器械的改良,腹腔镜手术已经成为当今医学妇科手术的发展趋势,并有取代腹式手术的趋势。腹腔镜下广泛子宫切除+盆腔淋巴结清扫治疗早期宫颈癌治疗效果良好,微创、术后恢复快、住院时间短,提高患者的生活质量,值得在临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 梅泉,李双,马丁.宫颈癌卵巢转移研究进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2010(3):238-240.
- [2] 程晓东,谢幸.重视宫颈癌手术治疗个体化提高患者生存质量[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(6):490-492.
- [3] 郭政,王丽英,崔轶凡.腹腔镜诊治子宫内膜异位症性不孕症 119 例分析[J].中国妇幼保健,2013,28(28):4628-4629.
- [4] 黄燕清,管玉涛,伍嘉宝,等.子宫内膜异位症盆腔粘连程度与腹腔液中基质金属蛋白酶水平的关系[J].中国妇幼保健,2016,31(9):1806-1809.
- [5] 郑国圆.基于水平集的超声波图像宫颈癌钙化点分割算法的研究[D].兰州大学,2014.
- [6] 郑亚峰,施如霞.腹腔镜下广泛子宫切除和盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌与开腹手术的比较分析[J].实用临床医药杂志,2012,16(15):50-53.
- [7] 李水云,曾勇梅,吴萍,等.腹腔镜下广泛子宫切除联合盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌近期疗效观察[J].河北医学,2014(7):1086-1089.
- [8] 叶惠荣,范良生,邓志校,等.宫颈癌腹腔镜手术疗效及影响预后的相关因素分析[J].中国妇幼保健,2015,30(21):3710-3713.
- [9] 廖丹.腹腔镜手术治疗老年肥胖患者早期宫颈癌的临床效果评价[J].实用临床医药杂志,2014,18(1):122-124.
- [10] 袁涛,吴晓梅.早期宫颈癌患者不同手术方法治疗及其预后临床研究[J].中国妇幼保健,2014,29(10):1519-1521.
- [11] 汤巍巍,张新,TANG Wei-wei,等.宫颈癌根治性手术经腹腔镜与经腹两种途径对比分析[J].中国肿瘤,2012,21(6):475-477.

(上接第 72 页)

接受肝切除的病人,容易出现全身应激反应,部分肝脏被切除之后,肝功能急剧降低,加上手术挤压、肝周游离等操作<sup>[4]</sup>,会损伤肝实质,破坏肝周侧支循环,此外,还会导致淋巴液引流障碍,腹腔镜手术不会过度损伤肝脏和腹壁,能够保护淋巴回流以及静脉回流,一般不会出现大量腹腔积液情况<sup>[5]</sup>。实施半肝切除时,采取入肝血流阻断技术,能够避免离断肝组织时发生大出血事件,存在肝硬化者,解剖肝门时也可能大出血,但是应用腹腔镜可在很大程度上减少出血量,在选择离断器械时,需要结合多种因素,一般而言,肝组织存在轻度肝硬化或者是不存在肝硬化,采用超声刀完成离断操作<sup>[6]</sup>,尽量放低速度,若脉管直径超过 3mm,则先结扎再切除,若肝硬化比较严重,则术中离断器械选择超声刀和 Habib4X 射频止血凝固器<sup>[7]</sup>,具有很好的止血效果。处理出血症状时,若存在胆漏和明显出血症状,则采取缝合止血法<sup>[8]</sup>,反之用电凝止血法即可。

结果部分数据显示,两组术时相差不大,  $p$  值大于 0.05,但观察组的术中出血总量、手术切口、术后进食时间及术后并发症发生率都较对照组更令人满意,  $p$  值小于 0.05。

总而言之,肝肿瘤采取腹腔镜肝切除手术效果十分可靠,虽然无法缩短术时,但能够显著改善其他手术指标,积极预防并发症。

## 参考文献

- [1] 尹新民.腹腔镜肝切除术在邻近第二、三肝门肝肿瘤治疗中的应用探索[J].中国普外基础与临床杂志,2017,24(9):1044-1047.
- [2] 王海涛,马魏杰,喻满成等.腹腔镜肝切除术在治疗肝肿瘤中的临床应用价值[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2016,5(1):21-25.
- [3] 张波.腹腔镜肝切除在治疗肝肿瘤中的临床应用价值研究[J].实用中西医结合临床,2017,17(7):49-50.
- [4] 周宁杰.完全腹腔镜肝切除术在肝肿瘤治疗中的应用价值评价[J].基层医学论坛,2016,20(29):4186-4187.
- [5] 何沙,冯锦荣,卢永刚.腹腔镜与开腹肝切除术治疗边缘性肝肿瘤近期疗效分析[J].海南医学院学报,2017,23(7):914-917.
- [6] 梁霄,梁岳龙,吕杰敏等.腹腔镜Ⅶ、Ⅷ段肝肿瘤切除的临床疗效及经验总结[J].中华消化外科杂志,2017,16(8):860-864.
- [7] 强勇,陈桢,王伟等.完全腹腔镜与开腹手术切除Ⅶ和Ⅷ段肝肿瘤的临床对比研究[J].中华普通外科杂志,2015,30(11):851-854.
- [8] 王立宏,秦成坤,王诚建.我国腹腔镜和常规肝切除治疗原发性肝细胞肝癌近期及远期疗效比较的 META 分析[J].中国现代普通外科进展,2014,17(1):28-33.