

肝海绵状血管瘤 15 例诊断和手术治疗

附属第二医院外科 林汉庭

内容提要 本院 5 年间手术治疗肝海绵状血管瘤 15 例。文中重点阐述了肝肿块定性较困难病例的诊断方法,提出了肝海绵状血管瘤手术探查的 4 项指征。手术以肝海绵状血管瘤剥脱术和肝叶或段切除为最常见的术式。

关键词 肝肿瘤/诊断;肝肿瘤/外科手术;海绵状血管瘤

肝海绵状血管瘤(以下简称肝血管瘤)随着临床检查技术的进步及肝癌手术的广泛开展,病例数有逐年增加的趋势^[1,2]。由于肝血管瘤早期没有任何特殊症状,又易与肝实质性肿瘤相混淆,因此,诊断及治疗上各家分歧较大^[1]。本文试就肝血管瘤的诊断及治疗进行初步探讨。

1 临床资料

1987 年 1 月至 1992 年 1 月,我院共收治肝血管瘤 109 例,男 60 例,女 49 例,手术治疗 15 例(13.8%),其中男 8 例,女 7 例,年龄 31~60 岁,平均年龄 47 岁。临床表现:有上腹部不适、隐痛、腹胀、恶心呕吐等症状的 13 例,无任何症状的 2 例;上腹部可扪及肿块 4 例。

手术治疗的肝血管瘤 15 例中,术前明确诊断 6 例(40%);可疑肝血管瘤 6 例(40%);及诊断不明确 3 例(20%)。术中测量肿块直径 > 10 cm 6 例(40%);5 cm~10 cm 4 例(26.7%);< 5 cm 5 例(33.3%)。手术方式:血管瘤剥脱术 6 例(40%),肝叶或段切除术 9 例(60%)。

治疗结果:手术治疗 15 例中,14 例痊愈出院,1 例巨大肝血管瘤患者,因术中出血量大、导致出血性休克,术后肾功能衰竭死亡。

2 讨论

2.1 肝血管瘤的诊断 肝血管瘤在临床上

一般无特殊症状,可有上腹部饱胀、隐痛、恶心呕吐及上腹部可扪及包块。大多因体检或其他原因就诊时发现肝占位性病变,经 B 超、CT 检查部分病人可获明确诊断。B 超检查多表现为境界规则、轮廓清晰的圆形或卵圆形强回声块,少数呈低回声。CT 扫描呈密度均匀的圆形或椭圆形低密度区,少数密度不均匀^[1]。典型的凭 B 超、CT 影像即可作出确诊。但对 B 超、CT 影像不典型的病例,诊断仍有一定困难。本组术前明确诊断肝血管瘤的仅 6 例,B 超符合率 46.7%(7/15),CT 符合率 33%(4/12)。大部分病例仍因疑有肝癌可能而剖腹探查。本组 ECT 检查及选择性肝动脉造影各 2 例均得到明确诊断。此外,我们曾对未作手术的 10 例肝血管瘤患者,因 B 超、CT 检查疑有肝癌或其他实质占位病变而行 ECT 检查,结果全部得到明确诊断。ECT 检查因放射性核素标记的^{99m}Tc RBC(或^{99m}Tc HSA)在体内大量保留在肝血管瘤的血窦内,从而形成放射浓聚的肝血池显像,诊断血管瘤的阳性率大于 90%,特异性在 95%以上^[3],因此,对临床上难以明确诊断的病例,ECT 检查值得推荐。

2.2 肝血管瘤的手术指征 肝血管瘤属良性肿瘤,部分患者可终身无任何症状,大部分无需住院治疗或手术处理。5 年里因各种原因来本院住院的肝血管瘤病(下转第 239 页)

其次,对年龄较轻、软性白内障者可行玻璃体、晶体联合切除术。晶体切除后,打开了房水与玻璃体腔间通路,便于以灌注液冲洗前房,房水循环可排除眼内部分毒性产物;同时利于直视下玻璃体切割术操作。术中注意将近基底部的玻璃体切除,因遗留睫状体铁质异物易发生铁锈沉着,向基底部玻璃体扩散。对年龄大、晶体核硬者,可行白内障囊内摘

出,再联合玻璃体切除。术后注意控制葡萄膜炎及给予促进和保护视功能方面的药物治疗。

参 考 文 献

1. 上海第一医学院眼耳鼻喉科医院,眼科学,第1版,北京:人民卫生出版社,1977;380~381
2. 孙复兴. 眼外伤与职业病杂志. 1984;6(3): 170
3. 陈淑初,等. 中华眼科杂志. 1983;19(2): 108
(1992年8月26日收稿,1993年2月18日修回)

(紧接第219页)人109例中,仅15例行手术治疗(13.8%)。其中10例因肿块大于5cm,4例因考虑有肝癌可疑,1例因肿块位于肝门部有压迫肝门的症状而手术。根据我们的初浅经验,认为肝血管瘤的手术探查指征应为:①肿块大于5cm者;②肿块虽小于5cm,但病变性质仍难以确定者^[2];③肿块位于肝门部,引起或可能引起压迫症状者;④局部持续疼痛,血管瘤可能破裂者。

2.3 肝血管瘤的治疗 肝血管瘤的治疗方法较多,其中手术治疗仍是主要的手段。

2.3.1 肝血管瘤剥脱术: 本组有6例行肝血管瘤剥脱术。肝血管瘤特别是较大的血管瘤多分布于肝脏表面,边界较清楚,包膜尚完整,这是行肝血管瘤剥脱术的解剖学基础。手术方便,沿包膜剥离血管瘤,一边剥离一边仔细结扎与正常肝组织之间的血管穿支,只切肿瘤不切肝脏,对有肝硬化的病例应尽可能地多保留肝组织。肝血管瘤剥离后的残腔,一般可填塞游离的大网膜或明胶海绵,然后缝合肝缘,置引流管。该手术出血少,对肝组织损害轻,术后恢复快。术中大部分病例无需肝门阻断,对少数出血较多的患者,可行肝门短时间阻断。

2.3.2 肝叶或肝段切除术: 本组有9例行肝叶或肝段切除术。对部分血管瘤边界不清,无明显包膜,或多个血管瘤集中于某一段或叶的病例,盲目地分离容易引致大出血,行肝

叶或肝段切除术比较合适。巨大的血管瘤一般需先结扎或控制相应的血供,使血管瘤张力减小,体积缩小,然后手术切除,以减少术中出血。在该手术中,全部患者需行肝门阻断,每次阻断时间一般不超过15~20min。如手术尚未完成,可在肝门开放5min后再次阻断15~20min。本组9例大部分采用部分肝门阻断术,即肿块位于右肝阻断右肝动脉,肿块位于左肝阻断左肝动脉,其优点是部分阻断时,阻断的时间可以大大延长。本组有5例阻断时间超过30min,2例达40min,术后无1例有肝功能衰竭表现,肝功能一般在1周左右恢复正常。

2.3.3 对散在分布于左右肝的多发性血管瘤,或病变范围极大,已侵犯大部分肝组织而无法切除者,可采用肝动脉结扎或栓塞术;部分血管瘤切除,残留部分缝扎术;或局部冷冻微波烧灼等改良术式,然后行放射治疗,单纯的放射治疗效果不够满意^[4]。

参 考 文 献

1. 钱礼,等编. 现代普通外科. 第1版,杭州:浙江科学技术出版社,1993;293~296
2. 姜鸿儒. 普外临床. 1991;6(6): 371
3. 黄志强、顾倬云. 肝胆胰外科进展,第1版,北京:人民军医出版社,1989;29~31
4. 吴孟超. 肝脏外科学. 第1版,上海:上海科学技术出版社,1982;275~278

(1993年2月19日收稿,同年5月15日修回)