



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.07.031  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3974.shtml

· 临床报道 ·

# 高海拔地区藏族人群肝包虫病的诊断及外科手术 治疗观察

周瀛

(青海大学附属医院 肝胆外科, 青海 西宁 810001)

## 摘要

目的: 总结高海拔地区藏族人群肝包虫病的诊治方法。

方法: 回顾性分析 119 例藏族人群肝包虫病患者临床资料, 将 119 例患者随机分为 3 组, A 组 39 例行内囊摘除外囊缝闭引流术, B 组 40 例行内囊摘除 + 外囊次全切除术, C 组 40 例行内外囊全切除术, 观察比较手术治疗效果。

结果: B、C 组术中出血量为  $(109.2 \pm 23.7)$  mL、 $(213.5 \pm 36.4)$  mL, 多于 A 组的  $(32.8 \pm 11.9)$  mL ( $P < 0.05$ ); B、C 组引流时间为  $(7.2 \pm 1.9)$  d、 $(7.8 \pm 1.5)$  d, 热吸收时间为  $(63.8 \pm 11.4)$  d、 $(63.5 \pm 10.6)$  d, 均短于 A 组的  $(68.8 \pm 21.3)$  d、 $(64.4 \pm 11.7)$  d ( $P < 0.05$ ); B、C 组残腔并发症为 22.50%、5.00%, 胆瘘发生率为 7.50%、2.50%, 原位复发率为 2.50%、0, 均低于 A 组的 64.10%、41.02%、23.07% ( $P < 0.05$ ); B 组残腔并发症发生率高于 C 组 ( $P < 0.05$ ), 但术中出血量少于 C 组 ( $P < 0.05$ )。

结论: 结合病史、影像学、免疫学及血清学检查可提高肝包虫病诊断正确率; 应根据患者不同情况灵活选择手术方式。内外囊全切除术较内囊摘除外囊缝闭引流术和内囊摘除 + 外囊次全切除术术中出血量多, 但不失为肝包虫病的理想手术方法。 [中国普通外科杂志, 2014, 23(7):1005-1008]

## 关键词

棘球蚴病, 肝 / 外科学; 棘球蚴病, 肝 / 诊断; 藏族  
中图分类号: R657.3

肝包虫病好发于高海拔的畜牧业发展地区, 尤其是青海玉树、果洛一带藏族人群中发病率最高<sup>[1]</sup>。肝包虫病缺乏典型表现, 多数患者早期无症状, 依靠常规体检一般难以确诊, 需结合多种影像学诊断及细胞生物学技术方可诊断出来<sup>[2]</sup>。目前临床对肝包虫病尚无特效治疗药物, 多主张外科手术<sup>[3]</sup>。笔者回顾性分析 119 例高海拔地区藏族人群肝包虫病患者临床资料, 总结肝包虫病诊断方法, 并探寻有效手术方法, 现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

119 例均为 2010 年 1 月—2013 年 6 月实施手术

治疗的肝包虫病患者, 均符合《人体寄生虫学》中的诊断标准<sup>[4]</sup>。将 119 例患者按随机数字表法分为 3 组: A 组 39 例 (内囊摘除外囊缝闭引流), 男 25 例, 女 14 例; 年龄 16~51 岁, 平均  $(32.3 \pm 4.8)$  岁; 肝包虫囊肿长径 4~20 cm, 平均  $(7.5 \pm 2.1)$  cm。B 组 40 例 (内囊摘除 + 外囊次全切除), 男 25 例, 女 15 例; 年龄 17~50 岁, 平均  $(32.1 \pm 4.4)$  岁; 肝包虫囊肿长径 5~19 cm, 平均  $(7.6 \pm 2.2)$  cm。C 组 40 例 (内外囊全切除), 男 26 例, 女 14 例; 年龄 19~52 岁, 平均  $(32.3 \pm 4.8)$ ; 肝包虫囊肿长径 4~19 cm, 平均  $(7.7 \pm 2.2)$  cm。3 组一般资料对比无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 临床表现

119 例均应上腹触及包块而到医院就诊, 其中伴有疼痛 105 例 (88.24%); 贫血 39 例 (32.77%); 皮肤瘙痒 20 例 (16.81%); 呼吸困难 14 例 (11.76%); 有胆道梗阻症状 3 例 (2.52%); 无特殊表现 7 例 (5.8%)。

收稿日期: 2014-01-24; 修订日期: 2014-06-09。

作者简介: 周瀛, 青海大学附属医院副主任医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 周瀛, Email: 2216721890@qq.com

### 1.3 诊断方法

**1.3.1 超声诊断** 采用百胜 Mylab 15 型彩色超声诊断仪（意大利百胜公司生产）对肝脏进行检查，记录病灶位置、数目、形态、大小、回声及囊肿厚度等。彩超图像表现为囊肿壁呈内外双层结构，囊腔无回声；若有囊液中弯曲折叠的回声带，即“水百合花征”提示有内囊破裂；囊壁呈强回声或“蛋壳样”改变提示有钙化<sup>[5]</sup>。

**1.3.2 CT 诊断** 采用 Hispeed/ni 双螺旋 CT 机（美国 GE 公司生产）诊断，扫描前喝清水充斥膀胱，造影剂为碘海醇。CE 型肝包虫 CT 表现为无明显界限，呈类实质斑块状，可见弥散分布的点状、斑片状钙化影。若见内囊分离形成双层囊壁“双边征”，提示囊肿破裂；肝内胆管扩张提示囊肿破裂入胆道<sup>[6]</sup>。

**1.3.3 免疫学及血清学检查** 包虫囊液皮内试验呈阳性，间接血凝试验阳性即可确诊为肝包虫病。

### 1.4 治疗方法

119 例患者均实施外科手术治疗，切口一般选择右肋缘下斜切口或上腹部正中切口，肝顶部、肝右后叶囊肿患者进行外囊切除术的取右上腹反“L”形切口，术中游离肝使肝包虫囊肿充分暴露。

(1) A 组实施内囊摘除外囊缝闭引流术治疗。常规行内囊穿刺与摘除，行外囊残腔处理，缝合后放置引流管引流。B 组行内囊摘除+外囊次全切除术。以紧贴于肝包虫外囊肝实质面上的一层纤维膜为界，肝包虫外囊和肝包虫外膜之间存在可分离间隙，术中沿此间隙进行完整肝包虫囊摘除。利用电刀对其间隙进行仔细分离，尽可能切除游离外囊，残腔壁敞开，胆瘘处直视下缝扎，大网膜覆盖；对于靠近肝门部以及大血管的包虫，先进行内囊摘除，后再进行大部位外囊切除。在遇到分离间隙中解剖不清晰、分离时出血、外囊分破的，行内囊摘除，保留该处外囊。(2) C 组行内外囊全切除术。手术过程基本与内囊摘除+外囊次全切除术相同，区别在于遇到贴近重要血管及肝门重要结构的外囊壁时不予以片切保留，行全部外囊摘除。包虫外膜与肝实质间管道组织时给予结扎，较小处给予电凝；术中发现包虫囊肿过大、囊内压力高，有破裂可能时，可先进行穿刺吸出部分囊液减压后再进行外囊剥除。将肝包虫完整摘除后，创面用生物蛋白胶喷洒后再缝扎闭合，创面干净的可不缝扎，

行肝创面引流管引流。

### 1.5 观察指标

观察 3 组术中出血量、记录术后引流时间、发生热吸收持续时间；观察胆瘘、残腔积液及感染发生率；随访 6 个月至 2 年观察肝包虫原位复发发生率。

### 1.6 统计学处理

采用 SPSS 17.0 软件包对数据行统计学分析，计量资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，采用方差分析与 *t* 检验；计数资料采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 诊断结果

超声及 CT 显示 119 例肝脏呈囊性或囊实性占位，其中 89 例为单发病变，30 例为多发病变；超声提示 27 例内囊破裂，32 例有钙化；CT 提示 28 例囊肿破裂入胆道；间接血凝试验与包虫囊液皮内试验阳性率 96.64%。

### 2.2 治疗效果

术后 119 例均治愈出院，B、C 组术中出血量为多于 A 组 ( $P < 0.05$ )；3 组术后均放置引流管引流，B、C 组引流时间短于 A 组 ( $P < 0.05$ )；术后 A、B、C 组分别有 4、5、7 例发生热吸收，B、C 组热吸收时间比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，C 组术中出血量多于 B 组 ( $P < 0.05$ ) (表 1)。

表 1 各组手术情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | <i>n</i> | 术中出血量<br>(mL)                 | 引流时间<br>(d)             | 热吸收时间<br>(min) |
|-----|----------|-------------------------------|-------------------------|----------------|
| A 组 | 39       | 32.8 ± 11.9                   | 68.8 ± 21.3             | 64.4 ± 11.7    |
| B 组 | 40       | 109.2 ± 23.7 <sup>1)</sup>    | 7.2 ± 1.9 <sup>1)</sup> | 63.8 ± 11.4    |
| C 组 | 40       | 213.5 ± 36.4 <sup>1),2)</sup> | 7.8 ± 1.5 <sup>1)</sup> | 63.5 ± 10.6    |

注：1) 与 A 组比较， $P < 0.05$ ；2) 与 B 组比较， $P < 0.05$

### 2.3 并发症发生率及原位复发率

B、C 组残腔并发症、胆瘘发生率及原位复发率低于 A 组 ( $P < 0.05$ )；B、C 组胆瘘发生率、原位复发率比较，组间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，B 组残腔并发症发生率高于 C 组 ( $P < 0.05$ ) (表 2)。

表2 各组并发症及复发情况比较 [n (%)]

| 组别 | n  | 残腔并发症                     | 胆瘘                     | 原位复发率                  |
|----|----|---------------------------|------------------------|------------------------|
| A组 | 39 | 25 (64.10)                | 16 (41.02)             | 9 (23.07)              |
| B组 | 40 | 9 (22.50) <sup>1)</sup>   | 3 (7.50) <sup>1)</sup> | 1 (2.50) <sup>1)</sup> |
| C组 | 40 | 2 (5.00) <sup>1),2)</sup> | 1 (2.50) <sup>1)</sup> | 0 (0.00) <sup>1)</sup> |

注: 1) 与A组比较,  $P < 0.05$ ; 2) 与B组比较,  $P < 0.05$

### 3 讨论

青海玉树、果洛等高海拔地区是藏族人群聚居地, 以畜牧为生, 因此该地区的肝包虫病发生率显著高于内陆或青海低海拔地区人群<sup>[7-8]</sup>。肝包虫病早期无典型表现, 40%左右的患者一经确诊即已为晚期, 病死率较高<sup>[9]</sup>。因此, 早期诊断并治疗对于降低高海拔地区藏族肝包虫病患者病死率有重要意义。

Topcu等<sup>[10-11]</sup>研究报道, 85%以上的肝包虫病患者有上腹胀、疼痛表现, 50%以上的表现有呼吸障碍、贫血征, 部分伴有皮肤瘙痒等反应。本组中119例患者临床表现有上腹包块伴疼痛占88.24%, 贫血占32.77%, 皮肤瘙痒占16.81%, 与文献报道基本相符。梁晓秋等<sup>[12]</sup>研究认为, 包囊直径 $>5$  cm, 有的甚至 $>10$  cm仍无任何症状, 只有进行影像学检查方可诊断出来。彩超可根据病灶形态、大小、回声、囊肿厚度诊断肝包虫病<sup>[13]</sup>, 而CT影像特征在肝实质内可清晰显示大小不等的类球形包囊占位阴影, 增强扫描时可见周围肝组织密度增加而肝包虫分囊密度不变<sup>[14]</sup>。刘桂生等<sup>[15]</sup>研究报道, 彩超、CT诊断肝包虫病的准确率分别为95%~100%、89%~97%。本组中, 119例彩超、CT检查肝脏呈囊性或囊实性占位, 诊断正确率均高达100.00%。皮内试验与间接血凝试验是肝包虫病诊断常用的免疫学及血清学检查手段, 综合本组患者临床表现、B超、CT图像表现及皮内试验检测及间接血凝试验, 119例患者诊断阳性率为96.64%。

目前临床对肝包虫病尚无特效治疗药物, 均主张一经确诊即应实施外科手术治疗<sup>[16]</sup>。Secchi等<sup>[17]</sup>研究认为, 囊腔较小的应单纯行内囊摘除术, 但囊腔引流及住院时间较长, 而且容易形成腹腔内粘连梗阻; 对于囊腔较大者应在残腔内放置引流管。本研究对3组患者实施不同的手术方法治疗, 探寻有效治疗术式。

内囊摘除外囊缝闭引流术是最传统的手术方法。周贵民等<sup>[18]</sup>研究报道, 传统内囊摘除外囊缝闭引流术具有出血量少、适用范围广等优点, 但术

后需引流的时间较长, 并发症多, 给患者带来一定的经济压力。本研究中, A组出血量均少于B、C组 ( $P < 0.05$ ), 但残腔并发症、胆瘘发生率及原位复发率分别为64.10%、41.02%和23.07%, 均高于B、C组 ( $P < 0.05$ )。分析其原因可能是对外囊的处理措施不够, 引发残腔感染等并发症。内囊摘除+外囊次全切除术以及内外囊全切除术即属于此类新型根治性手术, 两种手术都在行内囊摘除术后积极对外囊进行切除<sup>[19]</sup>。Akbulut等<sup>[20]</sup>研究报道, 相对内外囊全切除术而言, 内囊摘除+外囊次全切除术较为保守, 对患者的损伤较小, 但因保留有部分病灶残腔, 术后残腔感染、积液发生率较高。本研究中, B组术中出血量为 $(109.2 \pm 23.7)$  mL, 低于C组的 $(213.5 \pm 36.4)$  mL ( $P < 0.05$ ), 但B组残腔并发症发生率达22.50%, 高于C组的5.00% ( $P < 0.05$ ), 与文献报道基本相符, 说明虽然C组手术方式会增大术中出血量, 但在充分切除外囊后, 残腔问题能够得到更好处理。

综上所述, 结合病史、B超、CT、免疫学及血清学检查可提高藏族人群肝包虫病诊断准确率, 术中应根据患者不同情况灵活选择手术方式, 外膜内完整外囊摘除术虽然术中出血量高, 但能够更好的控制残腔并发症的产生, 不失为肝包虫病的理想手术方法。

### 参考文献

- [1] 阿不都热西提. 梗阻性黄疸的特殊类型—肝包虫破入胆道引起的黄疸[J]. 中国伤残医学, 2013, 21(9):249-250.
- [2] 张玉英, 宋书邦, 马钦凤. 肝包虫囊肿合并细菌感染超声引导下穿刺治疗的方法学研究[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2013, 10(8):622-624.
- [3] 吴卫东, 张海峰. 肝囊性包虫病的手术治疗分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(10):1785-1787.
- [4] 詹希美. 人体寄生虫学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010:185-190.
- [5] 王继涛, 朱震宇, 张绍庚, 等. 近25年我国胆管支气管瘘文献分析: 附213例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(2):147-152.
- [6] 严传波, 木拉提·哈密提, 李莉, 等. 新疆地方性肝包虫病CT图像检索算法比较[J]. 生物医学工程学杂志, 2013, 30(5):942-945.
- [7] 杜中, 郭林红. 手术治疗肝包虫病31例分析[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(5):235-236.
- [8] 李作安, 吐尔干艾力·阿吉, 冉博, 等. “减体积式病灶肝切除”治疗晚期肝巨大泡型包虫病的临床应用[J]. 中国普通外科杂志, 2012, 21(7):864-868.
- [9] Castanares-Zapatero D, Laterre PF. Ruptured hydatid cyst in a patient with shock[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2009, 8(6):638-639.
- [10] Topcu O, Sumer Z, Tuncer E, et al. Efficacy of chlorhexidine gluconate during surgery for hydatid cyst[J]. World J Surg, 2009,



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.07.032  
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3975.shtml

· 临床报道 ·

# 应用医用创面胶行肠系膜固定小肠排列术治疗 粘连性肠梗阻：附 40 例分析

谭声义, 李灼日, 周开伦

(海南省人民医院 肝胆胰、器官移植外科, 海南海口 570311)

## 摘要

**目的:** 总结应用医用创面胶行肠系膜固定小肠排列术治疗粘连性肠梗阻的方法和效果。

**方法:** 回顾性 40 例粘连性肠梗阻采用医用创面胶小肠外固定排列术治疗的临床资料。

**结果:** 40 例均顺利完成手术, 手术时间 60~90 min, 出血量 20~50 mL; 术后经引流, 胃肠减压, 抗感染, 维持水电解质平衡及营养支持治疗, 均痊愈出院。肠道功能恢复时间 1~3 d, 平均 1.5 d; 1 例切口感染, 无其他并发症出现; 术后均常规钡餐检查, 钡剂通过顺畅; 40 例均获随访, 时间 1 个月至 5 年, 偶有间歇性腹痛 1 例, 无肠梗阻复发者。

**结论:** 创面胶行肠系膜固定小肠排列术操作简单, 安全, 损伤小, 是治疗粘连性肠梗阻的较好方法。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(7):1008-1010]

## 关键词

肠梗阻, 粘连性 / 外科学; 肠系膜固定小肠排列术; 医用创面胶

中图分类号: R656.7

肠梗阻是腹部外科常见疾病, 由于目前医学发展迅速, 腹部各类手术开展明显增多。术后粘连

性肠梗阻明显增多。对广泛粘连而反复发作, 多次手术无效的肠梗阻, 不少医务工作者采取小肠排列术来预防及治疗肠梗阻, 并取得了明显效果<sup>[1-2]</sup>。近年来各种肠排列方法应运而生<sup>[3]</sup>, 均取得了一定效果。但传统方法创伤大, 有较多并发症, 且体质较弱者因术中可能耗时多, 手术风险大而无法进

收稿日期: 2014-04-20; 修订日期: 2014-06-08。

作者简介: 谭声义, 海南省人民医院主治医师, 主要从事肝胆与胃肠方面的研究。

通信作者: 谭声义, Email:hntanshengyi@sina.com

33(6):1274-1280.

- [11] Sachar S, Goyal S, Goyal S, et al. Uncommon locations and presentations of hydatid cyst[J]. *Ann Med Health Sci Res*, 2014, 4(3):447-452.
- [12] 梁晓秋, 李金花. 肝棘球蚴病的超声诊断价值及临床意义[J]. *中国临床医学影像杂志*, 2011, 22(8):579-581.
- [13] Lv H, Jiang Y, Peng X, et al. Subadventitial cystectomy in the management of biliary fistula with liver hydatid disease[J]. *Acta Trop*, 2014, pii: S0001-706X(14)00203-4. doi: 10.1016/j.actatropica.2014.06.006.
- [14] Kara T, Arpacı RB, Vayisoğlu Y, et al. Hydatid Cyst of Parotid Gland: An Unusual Case Diagnosed by Fine Needle Aspiration Biopsy[J]. *Türk Patoloji Derg*, 2014, 4:1-4. doi: 10.5146/tjpath.2014.01265.
- [15] 刘桂生, 彭心宇. 囊型肝包虫病影像学诊断[J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2012, 26(8):733-735.
- [16] 关小洁, 魏雪莲. 肝包虫病的手术治疗体会: 附 212 例报告[J]. *中国普通外科杂志*, 2010, 19(3):333-334.
- [17] Secchi MA, Pettinari R, Mercapide C, et al. Surgical management of

liver hydatidosis: a multicentre series of 1412 patients[J]. *Liver Int*, 2010, 30(1):85-93.

- [18] 周贵民, 庄建华. 肝包虫病 85 例治疗体会[J]. *中国普通外科杂志*, 2010, 19(7):832-833.
- [19] 田宏伟, 苏河, 马云涛, 等. 腹腔镜手术治疗肝包虫病的体会[J]. *腹腔镜外科杂志*, 2014, 19(4):290-292.
- [20] Akbulut S, Senol A, Sezgin A, et al. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center[J]. *World J Gastroenterol*, 2010, 28, 16(8):953-959.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 周瀛. 高海拔地区藏族人群肝包虫病的诊断及外科手术治疗观察[J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(7):1005-1008. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.07.031

Cite this article as: ZHOU Y. Diagnosis and surgical treatment of hydatid liver cysts of Tibetan population in a high altitude region[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(7):1005-1008. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.07.031