450 例肝及腹腔细粒棘球蚴病临床分析

甘肃省金昌市第一人民医院普外科　金昌　737000　李纪忠

1975～1998 年我科经手术治疗 450 例肝及腹腔细粒棘球蚴病患者。

一般资料

450 例中, 男 314 例, 女 136 例, 大部分为甘肃省永昌县农民, 另一部分为甘肃省肃南裕固族农民。年龄 8 岁～58 岁。各年龄组分布如下: 10 岁以下 5 例, 11 岁～20 岁 122 例, 21 岁～30 岁 153 例, 31 岁～40 岁 87 例, 41 岁～50 岁 51 例, 51 岁～60 岁 32 例。

临床表现

本组病例发病时间为半年至 5 年, 腹部检出包块者 407 例, 腹部隐痛者 345 例, 食欲减退、乏力和消瘦者 321 例, 恶心及呕吐者 34 例, 黄疸 17 例, 胆管炎 13 例。单纯性包块无感染体征者 357 例, 合并感染者 93 例, 患者均有发热 (37.5℃～38.8℃)、白细胞增多、包块有明显触痛或肝区叩痛, 患者呈慢性病容。

并发症

肝棘球蚴合并肝内胆管瘘 37 例, 囊内感染 56 例, 外伤致囊肿破裂及失血性休克 5 例, 过敏性休克 3 例, 腹腔棘球蚴合并粘连性不完全性肠梗阻 12 例, 门静脉高压 8 例(2 例为肝脏本身病变引起, 6 例为肝外肿物压迫所致)。

诊　断

B 型超声波检查 450 例, 其中 425 例查见有特异性改变。X 线检查见膈肌升高, 肝区可见密度均匀, 边界整齐的低密度肿块影 312 例, 部分病例可见钙化影, 胃和十二指肠壶腹部受压现象。423 例 Casoni 试验呈阳性。

手术中所见及手术方式

囊性肝棘球蚴共计 427 例, 其中单纯性肝棘球蚴 369 例, 肝棘球蚴位于右叶者 296 例、左叶者 53 例、左右两叶者 20 例, 胆总管棘球蚴 8 例, 伴发腹腔棘球蚴 36 例, 脾棘球蚴 9 例, 单纯脾棘球蚴 3 例, 肾棘球蚴 5 例, 腹腔及盆腔棘球蚴 18 例, 其中囊肿最多者遍及整个腹腔及盆腔。上述囊性棘球蚴中, 最大含液量达 19 000 ml。术后均行病理检查证实。

内囊摘除残腔一期缝合 249 例, 摘除后残腔缝合加外引流 109 例, 伴发或单发脾、肾、胆总管棘球蚴患者分别行囊肿摘除或单脏器切除 25 例, 胆总管棘球蚴摘除后行胆肠吻合 2 例, 同时患有胆囊结石行胆囊切除 27 例, 伴有粘连性不完全性肠梗阻行粘连松解 7 例, 肠切除吻合 5 例, 囊肿完整切除 26 例。对腹腔及盆腔多发性棘球蚴病患者处理情况如下, 同时分布于腹部及盆腔者, 可分期手术切除, 对病变广泛, 弥漫于整个腹、盆腔者, 切除其较大的、对肠道压迫明显的病灶。

术后结果及并发症

近期治愈 429 例(95.3%, 体温正常, 临床症状消失, 食欲恢复, 白细胞计数正常), 好转 19 例(4.2%, 体温正常或有低热, T 37.5 ℃以下, 白细胞计数正常或稍高为 11.0×10^9/L～12.0×10^9/L, 胃肠道通畅, 食欲恢复, 带引流管出院, 腹腔及盆腔棘球蚴未能取净)。死亡 2 例(0.4%), 1 例为腹腔广泛棘球蚴病, 术后死于粘连性肠梗阻, 另 1 例为残腔感染并发胆管瘘, 长期发热, 全身衰竭死亡。全组病例中复发 5 例(1.1%), 均经再次手术治愈。术后并发症有: 囊腔感染 109 例(含胆管瘘), 反应性胸腔积液 18 例, 肺部感染 13 例, 总并发症率为 31.1%。

讨　论

内囊摘除术治疗囊性棘球蚴病不失为有效的方法。本组治愈率为 95.3%, 然而, 术后并发症中最常见及最棘手的为残腔感染应引起足够的重视。就肝棘球蚴而言, 感染的主要原因是胆瘘, 此类患者术前多数已有畏寒及发热等症状, 常伴有黄疸、感染性贫血和衰竭等, 长期的感染及慢性消耗可呈现棘球蚴病恶病质。对此类患者, 我们在加强全身支持疗法后, 术中彻底清除病灶, 将残腔内壁折叠缝合, 部分病例可行大网膜填塞, 尽量缩小残腔, 置入双腔引流管, 术后行囊腔药物冲洗及负压吸引。常用的冲洗液为 1‰甲硝唑及 8‰庆大霉素液等。从对 109 例残腔感染的细菌培养来看, 大部分为厌氧菌及肠道革兰氏阴性杆菌, 对甲硝唑较为敏感, 冲洗液中以甲硝唑为首选。本组残腔感染患者经上述治疗后, 多数于术后 3 wk 残腔渗出减少, 感染得到控制, 少数患者的感染迁延 2～3 个月。

棘球蚴病术后复发率可达 12%[1], 本组复发率为 1.1%。分析本组复发原因有二, 其一为术中囊液外溢使原头节种植, 本组中有 1 例因囊腔压力太大, 当用带管穿刺针刺入囊腔时, 囊液从中喷出, 从而污染腹腔导致复发。因此, 在处理较大囊肿, 估计腔内压力较高的病灶时, 我们改用 2 个吸引器, 在刺入囊腔的同时, 另一吸引器同时启动, 吸去穿刺部位溢出之囊液, 以减少对腹腔的污染。复发的第二个原因是对巨大囊腔清除不彻底, 使腔内较小子囊和原头节残留。此种情况多见于肝棘球蚴, 当巨大囊肿被消除后, 囊腔缩小, 囊壁靠拢, 其基底部细小子囊不易被发现。手术组复发病例中, 2 例手术后半年, 原引流口破溃, 再次行瘘管搔刮时刮出子囊, 另 2 例再次手术时发现有原病灶中增大的子囊。

本组腹腔多发性棘球蚴共 19 例, 部分患者手术治疗的效果欠佳。术中虽尽力摘除可见病灶, 但对诸如米粒大小的病灶则无能为力。近年来, 国内外采用甲苯达唑与阿苯达唑等药物治疗以杀死原头节, 破坏棘球蚴囊生发层[2～3], 国内在中西医结合治疗棘球蚴病方面做了大量的研究, 取得了一定的进展, 为本病的治疗开拓了新的道路。可以肯定, 术前及术后, 辅以广谱抗寄生虫药物治疗, 对提高疗效及预防术后复发是有益的。

参　考　文　献

1　甘肃省人民医院《人体包虫病》编写组编　人体包虫病　兰州: 甘肃人民出版社, 1973：1～64
2　陈文庆, 曾小青, 柴福录, 等　肝包虫病的诊断与处理　中华外科杂志 1979; 17：475～477
3　蒋次鹏　甲苯达唑治疗包虫病的研究　新药与临床 1982; 3：33

1998 年 10 月 5 日收稿　　1999 年 6 月 3 日修回
(编辑: 李雅卿)

© 1994-2008 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net