

文章编号:1005-6947(2008)08-0828-02

· 临床报道 ·

# 腹腔镜下超声刀胆囊切除术:附2 031例报告

陈书伟, 范钦桥, 曹文声, 于毅

(南华大学附属郴州市第一人民医院肝胆外科, 湖南 郴州 423000)

**摘要:**目的 探讨腹腔镜下超声刀胆囊切除术的方法和应用价值。方法 对2 031例急性慢性胆囊炎病人,采用腹腔镜下超声刀胆囊切除术。结果 除6例(0.30%)中转开腹外余均获成功,术后发生胆漏3例(0.15%),余无并发症发生,均顺利出院,平均住院3.5 d。结论 腹腔镜下超声刀胆囊切除术是安全可行的,创伤小,恢复快,且避免了因钛夹留置体内对患者的不利影响。

[中国普通外科杂志,2008,17(8):828-829]

**关键词:** 胆囊切除术,腹腔镜;超声刀

**中图分类号:** R 657.4 **文献标识码:** B

腹腔镜下胆囊切除术(LC术)已逐渐成为良性胆囊疾病治疗的标准方法,自2004年3月1日—2007年6月31日,我院已成功完成腹腔镜下超声刀胆囊切除术2 031例(其中三孔法完成631例,占31.07%),实现了术后无金属异物(钛夹)残留,并发症少,疗效满意,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男1 005例,女1 026例;年龄8~88(平均42.3)岁;病程1 d至30年。2 031例LC术中胆囊结石伴慢性胆囊炎1 511例,胆囊结石伴急性胆囊炎296例,急性非结石性胆囊炎24例,萎缩性胆囊炎40例,胆囊息肉样病变129例,胆囊胆固醇沉着症31例;LC术同时行腹腔镜阑尾切除术4例及子宫肌瘤2例,合并心血管疾病37例,糖尿病10例,肝硬化3例;既往行阑尾切除术25例,子宫肌瘤切除术21例。

### 1.2 方法

全组均常规采用气管插管下全麻,按黄志强介绍四孔法<sup>[1]</sup>行LC 1 400例。行三孔法<sup>[2]</sup>LC 631例。术者左手持无创抓钳,右手使用超声刀分离

胆囊与周围网膜,辩清三管一动脉位置,超声刀切开胆囊颈前方腹膜,分别解剖出胆囊管和胆囊动脉,解剖Calot三角至胆囊颈至肝脏面处,确认无重要管道进入胆囊后,以超声刀在靠近胆囊处夹住胆囊动脉,原位夹持胆囊动脉3~5 s使其自然凝断,取适当长的4号或7号幕丝线以弯钳经Calot三角绕过胆囊管,以器械打结法打结完毕后,以超声刀将胆囊管无张力自然凝断,分离切除胆囊,常规取出胆囊。

## 2 结果

本组2 031例手术中除6例(0.30%)因胆囊萎缩极度纤维化粘连严重而中转开腹外余均获成功,手术时间为30~65(平均35)min;术中无脏器损伤及其他并发症。术后发生胆漏3例(占0.15%,均为切断细小迷走胆管所致)经抗炎、引流,对症处理和支持治疗后闭合,均痊愈出院;余无并发症发生,术后住院时间2~7 d,平均3.5 d出院。

本组获随访者2 001例(98.52%),随访时间为6~38(平均时间为32)个月。患者临床症状均消失,均恢复正常工作和生活。

## 3 讨论

LC术中采用钛夹处理胆囊管和/或胆囊动脉,可因钛夹闭合不紧、松动或滑脱,导致术后胆漏,出血等并发症者时有发生;钛夹脱落在腹腔内

收稿日期:2008-02-16; 修订日期:2008-07-29。

作者简介:陈书伟,男,南华大学附属郴州市第一人民医院住院医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:陈书伟 E-mail:chenshuwei003241@163.com

可形成炎性包块,亦可移动和向胆总管内行走而引起胆管炎和形成结石及钛夹长期存留体内,对临近肝组织也有激惹和长期的刺激作用的不良影响<sup>[3]</sup>。时至今日,LC术的损伤发生率仍高达0.32%<sup>[4]</sup>。本组腹腔镜下超声刀胆囊切除2 031例均采用线性结扎,无钛夹遗留,避免了钛夹夹闭不全,易松脱游走和长期对临近肝组织细胞的激惹和刺激的缺点。尤其对于胆囊管过粗过短者较钛夹更具有优势,使LC与开腹胆囊切除术的金标准更相吻合,疗效满意。

LC超声刀的使用与常规使用的高频电刀相比较,超声刀可以安全凝断胆囊动静脉及其分支<sup>[5]</sup>,减少了腹腔镜下结扎止血的次数,降低了手术难度。本组2 031例胆囊切除无1例术后出血;超声刀无周围组织传导热损伤,可有效控制超声刀的穿透深度,即使在重要器官和大血管旁进行分离切割也较安全,且超声刀震动产生的热能具有温度低,传播速度慢,损伤小等特点,使其对周围组织的损伤远小于电刀,本组中无1例发生胆总管损伤和胃肠痿。腹腔镜下使用超声刀切除胆囊时仅产生少量气化水雾,无烟、无焦痂,切割准确,止血彻底,手术野清晰,提高了手术安全性,减少了手术时间。

结合本组2 031例腹腔镜下超声刀胆囊切除实践,笔者认为在该手术中应注意如下几点:(1)腹腔镜器械打结特别是三孔操作时对术者要求较高,打结不熟练者,线结不易打结实,而且易过分牵拉胆总管,造成胆管狭窄或出血,故建议在充分掌握器械打结的基础上开展,对胆囊管较粗大特别是炎性水肿明显,管壁较脆者,为减少术后并发症的发生,建议使用4号丝线双重处理胆囊管,本组处理急性胆囊炎患者296例中无1例发生胆痿。(2)在凝断胆囊管及胆囊动脉时应在原位进行,应避免牵拉组织,否则易造成出血及漏胆汁。(3)离断胆囊管时的凝断点应选在结扎线远侧0.5 cm处左右,以防凝固范围越过线

结所导致的凝固组织坏死脱落时造成胆漏。(4)胆囊动脉和胆囊管处理先后不拘,但先凝断胆囊动脉可使Calot三角扩大,方便结扎胆囊管。在处理上述两者以前建议充分利用超声刀夹持与凝血一步完成的优势,精细解剖Calot三角至胆囊颈体部与肝脏面处,尽量清除其中的脂肪组织,观察其中有无可疑管道。总之,遵循国内学者总结的三字原则“辨-切-辨”<sup>[6]</sup>,这样可避免绝大部分的对胆道及变异胆管的损伤。

本组631例行三孔法腹腔镜下超声刀胆囊切除术,疗效满意,与四孔法相比较,具有相对美观,术后恢复快,痛苦小,并发症无明显差异;笔者认为,三孔线扎法LC是一种安全有效创伤更小的微创外科技术,但在应用时还需注意:由于三孔法LC缺少一个穿刺孔,三角区的显露较常规LC困难,如胆囊与周围有粘连,建议充分利用超声刀夹持与凝血一步完成的优势,应紧贴胆囊壁,将粘连组织从浆膜上分离,每次分离的组织不宜过多,牵拉各组织时避免使用暴力,三角区解剖应本着“宁伤胆不伤管,紧靠胆囊颈分离”的原则。

#### 参考文献:

- [1] 黄晓强,冯玉泉,黄志强.腹腔镜胆囊切除的并发症(附39238例分析)[J].中华外科杂志,1997,(11):654-656.
- [2] 唐黎明,任培土,鲁葆春,等.三孔法微型腹腔镜胆囊切除术[J].中国内镜杂志,2002,8(1):52-54.
- [3] 刘龙飞,何葵,刘吉佳.腹腔镜胆囊切除术后三枚钛夹胆总管内游走一例[J].中华肝胆外科杂志,2005,1(11):30.
- [4] 刘永雄.“小”手术,大学问[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
- [5] Amaral JF. The experimental development of anultrasonically activatedscalpel for laparoscopic use [J]. Surg Laparosc Endosc, 1996, 4(1):92-99.
- [6] 吴金术,彭创,毛先海,等.胆囊切除致胆管损伤210例诊治经验[J].中华普通外科杂志,2007,22(6):416-419.