

文章编号:1005-6947(2006)03-0231-02

· 临床报道 ·

36例腹腔镜胆囊切除术中胆囊管结石嵌顿的诊治体会

张兴增, 尹承栋

(山东省东阿县人民医院 普通外科, 山东 东阿 252201)

摘要:为总结腹腔镜胆囊切除术(LC)中胆囊管结石嵌顿的诊治经验,笔者回顾性分析4年间行LC治疗768例胆囊结石患者中胆囊管结石嵌顿36例的诊治经过。36例中胆囊管结石嵌顿处距胆总管的距离小于0.5cm者22例,距离0.5~1.5cm者14例。均在腹腔镜下顺利完成切开取石及LC,无1例出现胆漏、胆汁性腹膜炎等并发症。术后住院3~5d,平均3.8d。随访3个月至2年无1例出现胆管狭窄。提示:术者只要充分了解胆囊管结石的特殊性,合理处理胆囊管嵌顿结石,可降低LC手术并发症的发生率。

关键词:胆结石/外科学;胆囊切除术,腹腔镜术

中图分类号:R657.42;R575.62

文献标识码:B

我院1999年1月—2005年1月对768例胆囊结石患者行腹腔镜胆囊切除术(LC),术中发现胆囊管结石嵌顿36例,本文就该36例的诊疗经验,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男16例,女20例;年龄36~76(平均48.6)岁。术前均经超声检查证实胆囊结石,无胆总管扩张,其中28例发现有胆囊管结石。另8例CT及内镜逆行胰胆管造影(EPCP)证实有胆囊管结石。术前检查无黄疸,无转氨酶升高,不伴有严重心、肺、脑疾患。术中均见胆囊管扩张,其中直径0.4~0.7cm者21例;0.8~1.0cm者15例。

1.2 手术方法

常规气管插管全麻,建立CO₂气腹。术中对肿大且张力高的胆囊先行减压,放出部分胆汁。然后仔细分离解剖Calot三角,在分离出胆囊管后,根据术中情况采取多种方法处理:(1)对胆囊管部结石嵌顿,距胆总管有一定距离(约0.5~1.5cm),且胆囊管轻度扩张的14例,按常规用钛夹平行施夹法处理胆囊管。(2)对胆囊管结石嵌顿,距胆总管较近(约小于0.5cm)的22例,在尝试将结石推入胆囊壶腹失败后,将胆囊颈、管纵行剖开,取出结石置于预先留置的标本袋中;胆囊管用中号或大号钛夹夹闭,如胆囊管扩张明显则用圈套器结扎,或用钛夹阶梯施夹,或用丝线

缝扎闭合胆囊管。如胆囊炎症水肿明显,术中渗血较多,则用生理盐水冲洗胆囊窝及上腹部后,适当放置腹腔引流管引流。本组置管引流4例,分别于术后第2,3天在确定无引流液及胆漏后拔除。

2 结果

本组均行常规LC或腹腔镜胆囊管剖开取石+LC手术成功。手术时间为40~120min,平均60min。无1例中转开腹,无发生胆漏、胆汁性腹膜炎、胆管损伤等严重并发症。术后住院3~5d,平均3.8d。随访3个月至2年无1例出现胆管狭窄。

3 讨论

LC已经成为胆囊良性疾患的首选治疗方法^[1]。文献报道^[2-7],胆囊管末端炎性病变是LC术中即刻中转剖腹的重要原因之一,也是术后造成胆管损伤、胆总管残余结石胆囊切除术后残留病变等的重要原因。对于如何降低其并发症发生率及中转开腹手术率,笔者有如下体会。

3.1 术前充分估计处理胆囊管嵌顿结石的难度

LC中常规用1~2枚中号钛夹平行夹闭胆囊管残端即可,但当胆囊管嵌顿结石时处理有一定困难。这就需要术前对胆囊管的解剖及粗细程度心中有数:(1)术前常规做B超、肝功能检查,询问有无黄疸史,必要时做ERCP检查,以确定胆囊管原发性结石及排除胆管结石所致的梗阻性黄疸。本组28例经B超检查证实为胆囊管结石并嵌顿,8例经CT及ERCP证实为胆囊管结石。(2)术前认真阅读B超对胆囊大小和胆总管有无扩张的描述,术中根据胆囊是否肿大和Calot三角炎症情况及胆总管是否扩张以进一步判

收稿日期:2005-06-06; 修订日期:2005-11-24。

作者简介:张兴增,男,山东东阿人,山东省东阿县人民医院副主任医师,主要从事微创治疗方面的研究。

通讯作者:张兴增 电话:0635-3185205。

断胆囊管的粗细。本组术前、术中发现胆囊管直径 0.4 ~ 0.7 cm 者 21 例, 0.8 ~ 1.0 cm 者 15 例。(3) 胆囊管结石嵌顿, 胆汁排出受阻, 胆囊炎症明显, 胆囊壁增厚, 这种情况可伴有胆囊管增粗。

3.2 正确暴露胆囊及 Calot 三角, 并准确辨认胆囊管结石及其位置

正确暴露胆囊及 Calot 三角是 LC 手术成功的关键, 也是减少并发症的关键。在分离三角区时最好先从胆囊壶腹部开始分离出胆囊管及胆囊动脉。三角区纤维化粘连时, 应耐心仔细剥离胆囊管。严格遵循“辨-切-辨-切”四字程序: 即先辨清胆囊管、胆总管及胆囊管汇入处; 再分离胆囊三角, 剥离胆囊管; 然后再辨别胆囊管是否有结石嵌顿, 并辨别胆总管内有无结石; 最后根据胆囊管结石的位置采用不同方法夹闭胆囊管。如胆囊管嵌顿结石距胆总管汇入处小于 0.5 cm, 则顺次剖开取石、造影、夹闭胆囊管残端并切除胆囊; 如距离在 0.5 ~ 1.5 cm 则顺次造影、夹闭胆囊管近心端、剖开取石、切除胆囊。

3.3 预防胆总管损伤及肝管损伤

胆总管损伤是 LC 手术的严重并发症, 且发生率明显高于开腹胆囊切除术(OC)。文献^[2]报告, LC 所致胆管损伤的发生率高达 0.23% ~ 2.80%, 将胆总管误认为胆囊管是造成胆总管损伤的主要原因^[3,4]。胆囊大小形态随炎症情况而改变, 在 Calot 三角炎症水肿时, 分离胆囊管必须沿着胆囊壶腹方向向胆囊管纵行分离, 在确定“三管一壶腹”(胆囊管、胆总管、肝总管、胆囊壶腹)的关系后再结扎或夹闭胆囊管。此外要注重胆囊管汇入右肝管的少数解剖变异, 以免损伤右肝管。如 Calot 三角呈致密粘连或冰冻样粘连, 而又难以将胆总管或肝总管解剖清楚时, 中转开腹手术不失为一种预防损伤的积极措施。

3.4 术后腹腔置管引流

据文献^[8]报告, LC 手术后放置引流可减少术后发热的时间和程度并可作为有无出血及胆漏的观察窗口, 大大提高 LC 手术的安全性。本组患者在腹腔镜下行胆囊管剖开取石后常伴有局部的胆汁污染, 尽管术中局部予以生理盐水冲洗干净, 仍建议术毕时留置腹腔引流管引流, 以减少术后并发症, 并可及早发现胆漏。

参考文献:

- [1] 胡三元. 腹腔镜临床诊治技术[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002. 72-73.
- [2] 陈晓东. 腹腔镜胆囊切除术中中转剖腹的原因分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 1999, 11(1): 21-23.
- [3] 保红平, 方登华, 高瑞冈, 等. 腹腔镜胆囊切除术后胆漏的原因及处理[J]. 肝胆外科杂志, 2001, 9(6): 432-433.
- [4] 陈羽, 高瑞冈. 腹腔镜胆囊切除即刻中转开腹手术临床分析(附 236 例报告)[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(1): 46-48.
- [5] 石景森. 努力提高胆囊残留病变的防治水平[J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(6): 451-452.
- [6] 高瑞岗, 张雪松, 李奎, 等. 腹腔镜胆囊切除胆管损伤的预防及处理[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10): 584-586.
- [7] 陈佐会, 罗平. 胆囊管结石的治疗: 附 158 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(1): 7-9.
- [8] 张震波. 腹腔引流在电视腹腔镜胆囊切除术中的应用价值[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(2): 112.

“2006 年全国微创外科论坛暨《中国微创外科杂志》创刊五周年纪念大会” 征文通知

2006 年是《中国微创外科杂志》创刊五周年。由中华医学会继续教育部, 《中国微创外科杂志》编辑部主办, 厦门大学附属中山医院承办“2006 年全国微创外科论坛暨《中国微创外科杂志》创刊五周年纪念大会”将于 2006 年 6 月 1 ~ 5 日在福建厦门召开。会议将邀请国内外微创外科专家同台献艺, 学术交流。

会议将设立 3 个会场, 主会场包括普外科(包括血管外科)、妇科、泌尿外科、介入、肿瘤放疗和各种刀的应用; 胸心外科会场; 骨科、运动医学与神经外科会场。欢迎各位同道就普外、心胸外、妇科、泌尿等各学科的微创外科新技术、新方法; 腹腔镜、胸腔镜、关节镜等各种腔镜手术的最新进展; 微创外科解剖与虚拟人体研究的最新进展等内容踊跃投稿。

征文要求: 400 字摘要和全文, 附磁盘。征文截稿日期: 2006 年 4 月 30 日。来稿请寄: 100083 北京大学第三医院《中国微创外科杂志》编辑部李编辑收。信封请注明“厦门会议征文”。欢迎 E-mail 来稿: wewkzazhi@263.net 主题“厦门会议”。联系电话(传真): 010-82025751。

详细会议资料可来电或 E-mail 索取。