

文章编号:1005-6947(2007)02-0195-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊大部分切除术临床应用探讨

陈彦波¹, 吴唯²

(1. 湖南省桑植县人民医院 普通外科, 湖南 桑植 427100; 2. 中南大学湘雅三医院 普通外二科, 湖南 长沙 410013)

摘要:为探讨腹腔镜下胆囊大部分切除术在复杂腹腔镜胆囊切除术中应用价值,回顾分析近年来施行的280例腹腔镜胆囊切除术(LC),其中31例为腹腔镜胆囊大部分切除的临床资料,对比两种术式的手术疗效及并发症。结果显示,31例均在腹腔镜下完成胆囊大部分切除术,无术后出血、黄疸及肝外胆管损伤,术后胆漏1例,经保守治疗治愈,随访1~28个月,未见与手术有关的并发症。但腹腔镜胆囊大部分切除术术中出血、手术时间和平均住院时间均高于LC组($P < 0.05$),两组术后并发症无差异。笔者认为在困难胆囊手术中,腹腔镜胆囊大部分切除术可简化手术,降低手术风险,降低腹腔镜胆囊切除手术中的中转率,与LC一样是安全的。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2): 195-196]

关键词: 胆囊切除术, 腹腔镜; 胆囊切除, 部分; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R657.4

文献标识码: A

腹腔镜胆囊切除术(LC)开展以来,其手术适应证逐步扩大,但LC手术中的胆道损伤发生率仍大于0.32%^[1-2],特别对于一些复杂的胆囊,如胆囊严重萎缩、化脓坏死性胆囊炎或Calot三角充血水肿、致密粘连疤痕化等,若处理不当可能引起更多的胆管损伤甚至严重并发症。故探讨LC中如何避免胆管损伤有重要临床意义。近年来笔者对此情况施行胆囊大部分切除,取得了满意的效果。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2002年1月-2006年6月,桑植县人民医院共行腹腔镜胆囊切除术280例,其中行腹腔镜胆囊大部分切除术31例,31例病人中,男11例,女20例。年龄32~73(平均52.6)岁。病种包括急性化脓性胆囊炎并结石22例,慢性萎缩性胆囊炎、胆囊结石8例(其中3例肝内胆管),无结石性急性化脓性胆囊炎1例。B超检查提示胆囊单发或多发性结石,16例示胆囊水肿呈双边影,12例发现胆囊体积显著增大约10~12cm。病程2年~30余年。其中合并病有糖尿病8例,高血压、心肌缺血或心律失常等7例。入院后即行抗炎、解痉、支持、对症治疗,纠正水、电解质、酸碱失衡,控制糖尿病、高血压等合并疾病。本组择期手术10例,急诊手术21例。

1.2 手术方法

均采用气管内插管全麻,CO₂气腹,四孔操作。先游离胆囊周围粘连,胆囊明显充盈者先穿刺减张,显露胆囊三角,探查发现胆囊三角纤维化,粘连广泛,文氏孔闭锁,失去正常的解剖形态,解剖、分离困难,稍加解剖出血较多等病理改变,难以按常规LC完成,故决定行胆囊大部分切除术。31例术中见:17例胆囊、小网膜严重充血水肿,胆囊三角疤痕样粘连,周围有淡黄色液体渗出,胆囊内积脓;8例胆囊明显萎;6例胆囊床纤维疤痕化。手术中自胆囊底部用电刀距肝床约0.5cm切开胆囊,吸净胆汁和胆泥以免污染腹腔,取出结石置入自制标本袋内。自胆囊两侧用电刀切开,直至胆囊壶腹部上钛夹。如与肠管粘连致密,可用剪刀紧贴胆囊解剖,并残留部分胆囊壁于肠管上。将切除大部分胆囊放入标本袋。然后辨认和找出胆囊管之开口,纵行切开胆囊管少许,取出嵌顿于胆囊颈或胆囊管的结石,胆囊管不必强行游离,用4号丝线圆针仔细缝合包埋胆囊管残端,方法同开腹手术。自脐部戳孔取出标本袋,依次用石炭酸、无水酒精、生理盐水涂擦胆囊后壁粘膜,大量生理盐水彻底冲洗腹腔吸尽后置多侧孔腹腔引流管1根于肝下胆囊窝处,自右侧腹腋前戳孔引出。

1.3 统计学分析

两组资料的比较采用 t 检验和卡方检验。

2 结果

31例均成功完成胆囊大部分切除手术,无1例中转开腹手术。无术后出血及肝外胆管损伤,1例术后出现胆漏,

收稿日期:2006-05-31; 修订日期:2006-10-20。

作者简介:陈彦波,男,土家族,湖南桑植人,湖南桑植县人民医院普通外科主治医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:陈彦波 E-mail:waike119@sina.com

经保守治疗于术后第7天愈合。腹腔镜胆囊大部分切除术组术中出血、手术时间和平均住院时间均高于LC组均

($P < 0.05$), 两组术后并发症无差异($P > 0.05$) (附表)。随访1~28个月, 未出现与胆道手术有关的症状。

附表 腹腔镜胆囊大部分切除术组与LC组各指标比较

观察指标	n	手术时间	手术中出血量	住院时间	术后胆瘘
		(min)	(mL)	(d)	(%)
LC组	249	45.5 ± 12.3	60.4 ± 35.7	5.0 ± 1.5	6(0.9%)
胆囊大部分切除组	31	76.6 ± 14.5 [†]	102.7 ± 23.8 [†]	6.5 ± 1.8 [†]	1(3.2%)

注: † 与LC组比较($P < 0.05$)

3 讨论

LC中转开腹胆囊大部切除的适应证^[3]: 萎缩性胆囊炎因胆囊壁增厚, 黏连致密, Calot三角区有较多疤痕或有结石嵌顿在壶腹部或胆囊管, 导致三角区的致密性黏连; 胆囊积液、积脓与周围广泛黏连呈团块, 使胆囊切除时因解剖困难有损伤胆管的危险。而某些严重的胆囊疾病如化脓性坏疽性胆囊炎、萎缩性胆囊炎等一般认为属腹腔镜胆囊切除术的禁忌证。近3年来笔者对31例化脓性、萎缩性胆囊炎腹腔镜手术的治疗体会, 结合文献报告认为, 腹腔镜胆囊大部切除术适用于: (1) 肝内型胆囊, 胆囊与肝实质界限不清, 难以分离, 术中保留胆囊床部分胆囊壁, 可防止肝创面过大甚至损伤肝实质, 造成难以控制的肝创面出血; 萎缩性胆囊炎, 胆囊床致密粘连, 强行分离会致伤肝脏, 引起广泛渗血、出血; (2) 同时, 可因胆囊严重萎缩变形, 解剖结构难以辨清或因肝胆三角致密粘连难以分离, 可保留胆囊管; (3) 化脓性坏疽性胆囊炎等所致, 胆囊充血, 组织脆性大, 分离胆囊床时极易出血、渗血, 或Calot三角充血水肿明显或组织致密粘连, 冰冻粘连, 使解剖结构不清, 即使逆行法也难以分离出胆囊管甚至胆囊壶腹, 此种情况, 原本属LC禁忌, 需要中转开腹的病例, 为了避免不必要的副损伤, 采用腹腔镜胆囊大部切除术, 保留胆囊管甚至部分胆囊壶腹, 彻底清除结石及坏疽组织, 不仅可达到了预期目的, 而且避免了严重并发症的发生, 本组31例中无1例发生副损伤。

笔者对某些难以常规LC完成的患者采用腹腔镜胆囊

大部切除术, 不仅大大缩短了手术时间, 防止了致命性并发症的发生, 尤其对年老体弱、高危患者, 避免了单纯性胆囊造瘘术, 使患者免受二期手术之苦, 一次性清除了病灶和结石, 较快地消除了症状, 改善了病情, 患者痛苦大为减轻, 术后康复快。但是应该严格掌握腹腔镜胆囊大部切除的手术适应证, 不能无限度扩大适用范围。腹腔镜胆囊大部切除术在一定意义上可减少胆道损伤的发生率, 但不应当作为预防医源性胆道损伤的常用措施。特别是留有的胆囊管和部分胆囊组织, 手术后有可能造成胆囊综合症(右上腹阵发性疼痛、上消化道症状), 或逐渐形成小胆囊或“假胆囊”, 导致结石复发, 需要再次手术。因此, 笔者认为对于残留胆囊床部分胆囊壁应行广泛电凝, 烧灼, 彻底破坏其黏膜分泌功能; 若术中操作确实困难, 肝外胆管解剖不清, 术野模糊, 必要时仍需中转开腹。一般应常规放置腹腔引流管, 作为术后观察腹内有无活动性出血、胆瘘的窗口, 尚可引流出膈下积液、积血, 减少膈下感染的发生。

参考文献:

- [1] 刘永雄. “小”手术, 大学问 - 谈作好胆囊切除术[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10): 577-578.
- [2] 杨爱国, 聂凯, 邹耀祥, 等. 腹腔镜胆囊切除术中肝外胆管损伤的预防措施[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(3): 161-162.
- [3] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 手术学全集普通外科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1998. 679.