

腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术的初步体会

孙小林

吉林省通化市解放军第五三一医院外一科 (134002)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术治疗胆管结石的临床应用价值及其手术适应证的选择。方法 应用腹腔镜手术设备和纤维胆道镜及其配套器械,为 10 例胆管结石患者实施腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术。结果 手术均获成功。手术时间 160min ~ 240min,术后 24h 内可下床活动、胃肠功能恢复并进食流质饮食,术后 5d ~ 7d 出院。无 1 例发生胆管残留结石、胆汁漏、胆道出血或胆道狭窄。结论 腹腔镜胆总管切开胆道镜探查取石术一期缝合临床可行,但应慎重选择手术适应证。

【关键词】 腹腔镜术 纤维胆道镜 胆管结石

【分类号】 R575.7

我院于 1999 年 6 月 ~ 2000 年 8 月,选择性地为 10 例胆管结石合并胆管结石的患者实施了腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术,近期效果满意,现报告如下。

临床资料和方法

1. 一般资料

本组 10 例,男性 3 例,女性 7 例,年龄 48 岁 ~ 60 岁。均为胆管结石合并肝外胆管结石。入院时皮肤、巩膜均无黄染,均无急性胆囊炎及胆管炎的临床症状与体征。结石在胆管的分布:胆总管 8 例,肝总管 2 例。术前均经 B 超、彩超、ERCP、CT 等检查确认。

2. 方法

(1)手术器械与术前准备 德国 Wolf 公司 25° 广角腹腔镜及其配套设备与器械,日本 Pentax FCN-15X 纤维胆道镜及配套器械,及部分开腹手术胆管取石器械。术前准备同常规开腹手术,禁食水、胃肠减压及留置导尿管。本组均采用气管内插管全麻。仰卧位,头高脚低 10° ~ 15°,左侧倾斜 10°。

(2)手术方法 各穿刺孔位置基本同腹腔镜胆囊切除术,但剑突下的主操作孔位置可稍偏右侧,穿刺鞘以选择 12mm 为佳,以利于手术切开胆总管后纤维胆道镜进入胆总管和取石钳取石。手术开始后,先解剖出胆囊管,上一枚钛夹闭后暂不切断胆囊管,先不

切除胆囊,牵引胆囊颈部显露胆总管,切开肝十二指肠韧带前面浆膜层,确认胆总管的走向及直径,用经剑突下穿刺鞘内进入的长穿刺针穿刺抽出胆汁后,在无血管区用钩型剪刀纵行剪开胆总管前壁 1cm ~ 2cm,纤维胆道镜从剑突下主操作孔插入,观察肝内外胆管是否有结石、狭窄、或新生物,发现结石,可用抓钳取出或用取石篮套出,结石较大不易取出者,可用碎石钳夹碎后再取出,亦可暂时拔除主操作孔鞘,术者左食指按孔,放出腹腔内少许二氧化碳气体,使腹壁靠近胆总管,经该孔放入常规开腹手术用的取石钳,在腹腔镜观察引导下取石钳进入胆总管,与常规开腹手术时胆总管探查取石一样取石,取出的结石经该孔取出腹腔,结石取出后重新放入主操作孔鞘,插入纤维胆道镜观察胆道情况并冲洗胆道,以清除胆管内粘附的絮状物和泥沙样结石,探查胆总管下端通畅、胆管无狭窄、无结石残留后,5-0 无创缝线间断缝合胆总管,腹腔镜下打结,缝合切开之肝十二指肠韧带浆膜。然后再通过胆囊管行术中胆道造影,确认胆管内无结石残留、无狭窄、胆总管下端通畅,同时检验胆总管缝合处无渗漏后,再常规切除胆囊。于温氏孔处放置腹腔引流管从右肋缘下腋前线之戳孔引出体外并固定。结束手术。

结 果

本组手术均获成功。手术时间 160min ~

240min。术中测得胆总管直径 1.0cm ~ 2.0cm,胆管内取出结石 1 ~ 3 枚,结石直径(长径)为 0.6cm ~ 1.5cm。术后 24h 内均下床活动、胃肠功能恢复并拔除胃肠减压管,给予低脂流质饮食。术后 72h ~ 96h 腹腔引流管无明显液体引出后拔除。术后 5d ~ 7d 出院,无手术并发症。B 超或彩超随访检查,无 1 例发生术后残留结石、胆管炎、胆道狭窄等并发症,4 例获得随访 6 个月以上均无异常。

讨 论

腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石 T 型管引流术(LCHTD),于 1991 年由美国的 Phillip^[1]率先开展并获得成功,我国于 1992 年^[2,3]相继开展此项手术。胆管内留置 T 型管,患者在生活、护理上存在着一定程度上的不便,带管时间长,住院时间延长,存在着诸如:T 型管的滑出、T 型管引起的梗阻、胆汁大量流失导致水电解质的紊乱、酸碱失衡、拔除 T 型管时的并发症、T 型管引起的腹内脏器粘连、以及 T 型管拔出后窦道经久不愈合等等 T 型管引流的一系列并发症,在某种程度上,失去了腹腔镜手术的优势性。近几年来,国内选择性对一部分胆管结石的患者实施胆总管探查后不置 T 型管而作一期缝合,并取得了成功的经验^[4,6]。

通过本组 10 例的临床实践,我们体会如下:对于肝外胆管结石取干净后,如能证实胆管内无残留结石,无肝内外胆管狭窄,胆道炎症轻,胆总管下段通畅者,可考虑行腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术,同时病例的选择还需参考以下标准:(1)初次发病或反复发作次数不多、病程不长、非急性发作期内的胆囊结石伴有肝外胆管结石的病例;(2)胆总管内单枚结石或结石数较少、及泥沙样结石,胆总管无明显炎症;(3)胆总管探查阴性;(4)手术时未对胆总管反复探查,刺激不大;(5)胆总管直径小于 2.0cm;(6)胆总管探查取石后行术中胆管造影阴性;(7)胆总管探查缝合后无张力或张力不大。

对于下列情况不能行该术式治疗:(1)合并有肝内外胆管狭窄的结石患者;(2)广泛的、多发性肝内外胆管结石,结石数量较多;(3)须作肝叶切除或胆肠内引流的结石病例;(4)胆道肿瘤或疑有恶变可能;(5)胆总管下段炎性狭窄、不完全通畅者;(6)病情比较复杂以及其他特殊类型、有腹腔镜手术禁忌

证或术者认为腹腔镜手术不能完成需中转开腹手术的患者。另外,Hunter^[7]认为胆总管直径小于 5mm 者不要切开取石,以免出现胆管狭窄等并发症,我们认为胆总管直径在 1.0cm 以下者,不考虑行这一手术治疗。

腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜探查取石一期缝合术是一种新的手术方法,由于开展时间短,其远期疗效现在仍无法评估,它不能代替腹腔镜胆总管切开取石 T 型管引流术和传统的开腹手术,需要严格掌握其手术适应证,以防止出现术中术后出血、胆管狭窄、胆道出血、胆漏、胆汁性腹膜炎、胆管残留结石、腹腔感染等并发症。因此,在手术的操作过程中,还应注意以下几点:(1)胆管壁切开长度不能过长,先在胆总管前壁作一 1.0cm 左右的纵切口,以能插入纤维胆道镜探查取石为宜,然后再根据需要适当延长切口,以减少胆管壁的损伤;(2)探查取石手法要轻柔,避免反复、过多地探查刺激胆总管,以免造成胆管壁、胆总管下端充血水肿;(3)胆总管切口用 5-0 无损伤缝线间断缝合,缝合应均匀、密度适当、无张力,分别缝合胆管壁及外层腹膜切口,并使外层腹膜覆盖胆总管切口;(4)不能单纯以纤维胆道镜探查没有发现肝内胆管结石为依据来确认胆管无残石^[8],需要行术中胆管造影,以证实胆管无残石,胆总管下段通畅,及胆总管缝合处无渗漏,防止术后出现胆管残石、胆汁漏等并发症。

参 考 文 献

- 1 Phillip EH. New techniques for the treatment of common bile duct calculi encountered during laparoscopic cholecystectomy. *Problems in General Surgery*, 1991; 8: 387.
- 2 张诗斌,杜洲,唐志,等. 腹腔镜胆总管探查术 43 例报告. *中华外科杂志*, 1993; 31: 404 ~ 406.
- 3 胡三元,牛军,姜希宏,等. 腹腔镜胆总管切开取石术 93 例报告. *中华肝胆外科杂志*, 1999; 5: 131 ~ 132.
- 4 张俊. 胆总管探查后不置 T 管 14 例报告. *肝胆外科杂志*, 1997; 5: 114-115.
- 5 蔡福珍,王坚. 纤维胆道镜胆总管探查后不放置 T 管的体会. *中华普通外科杂志*, 1999; 14: 393.
- 6 李志伟,胡三元,鲁广恩,等. 电视腹腔镜治疗胆管结石 66 例. *中国内镜杂志*, 1999; 5: 37-38.
- 7 Hunter G, Soper J. Laparoscopic management of bile duct stones. *Surg Clin North Am*, 1992; 72: 1077-1097.
- 8 周孝思. 纤维胆道镜用于胆总管探查后是否还要常规留置 T 管? *中华普通外科杂志*, 1999; 14: 394-395.