

· 经验交流 ·

预防腹腔镜胆囊切除术并发症的经验体会

丁战伟

河南省商丘市第一人民医院普外科(476100)

【摘要】 目的 总结腹腔镜胆囊切除术(LC)790例的经验与教训。方法 回顾分析LC并发症产生的主要原因及处理经验。结果 经腹腔镜切除胆囊785例,中转开腹5例,全组无死亡,均获痊愈。结论 耐心细致的局部解剖,胆总管、胆囊动脉的正确处理,电凝电切装置的正确操作是减少并发症的关键。

【关键词】 胆囊结石 腹腔镜 胆囊切除术 并发症

LC因其创伤小、痛苦少、术后恢复快等优点,已成为治疗良性胆囊疾病的首选方法,但LC手术并发症的发生同时也成为当今开展LC存在的主要问题之一。我院普外科自1996年5月至2000年10月共行腹腔镜胆囊切除术790例,其中单纯胆囊疾病783例,合并其它疾病7例,无手术死亡,在预防并发症方面取得了一些经验。现报告如下。

临床资料

1、一般资料:男性110例,女性680例,年龄12~82岁,平均49岁。胆囊结石760例,胆囊息肉样病变30例,胆囊结石中:并发胆总管结石10例,胆囊结石伴胆囊炎74例。有腹部手术史的65例:其中上腹部17例,下腹部48例。7例合并症中,慢性阑尾炎3例,卵巢囊肿3例,粘连性肠梗阻1例。

2、并发症:术中并发症8例,其中胆总管损伤1例,右肝管损伤1例,肝管胆总管汇合部损伤1例,门静脉分支出血2例,胆囊动脉出血2例,肝损伤1例。术后并发症21例,其中钛夹脱落1例,剑突下切口疝2例,切口感染或硬结18例。

3、结果:经腹腔镜切除胆囊785例,中转开腹5例,腹腔镜联合手术7例,置腹腔引流管8例。并发症再手术3例。全组无死亡,术后住院2~15天,平均3天,病理回报均为良性病变。

讨 论

腹腔镜胆囊切除术,并发症文献报道颇多^[1,2],为预防并发症的发生,结合我们的实践情况,体会如下:

一、解剖三角区、处理胆总管应注意的问题

1、盲目解剖三角区是造成胆管损伤的主要原因。胆囊壶腹形态各异,并因胆囊病变发生变化,但解剖学位置恒定,是腹腔镜术中的重要标志。解剖三角区时,不必一味追求明确的“三管一壶腹”(肝总管、胆总管、胆囊管、胆囊壶腹),只要认清壶腹部,即可沿此向胆囊管方向解剖,以打出二者的交界部位^[3]为原则。对壶腹部严重粘连的病例,我们采用三步分离法解剖出胆囊管。第一步用分离钳进行耐心细致的局部解剖;第二步吸引器分离法,用吸引器边冲水吸引边钝性分离,优点是既能保证手术区清洁,又能充分解剖分离;第三步电切分离法,用电刀切开胆囊颈部浆肌层,使胆囊颈部与胆囊床稍分离,即架空颈部,沿胆囊去寻找胆囊管。三种方法相互结合,多能奏效,原则是:“宁伤胆不伤管”。本组有2例因未遵循以上原则,致胆总管及右肝管损伤而被迫中转开腹。

2、防止过度牵拉胆囊,正确安放钛夹是预防医源性胆道狭窄及胆囊管残株结石重要措施。因安放钛夹放置不当引起肝外胆管损伤及狭窄屡有报道。上夹时应保证肝总管胆总管汇合部的上方夹角是空虚的,并防止过度牵拉胆囊,以免造成胆管成角被夹而引起狭窄^[2]。胆囊管直径超过0.4cm时,应注意胆囊管结石的可能,用分离钳轻夹胆囊管证实结石后,向胆囊方向推挤结石入胆囊,若不成功,可斜向剪开远端胆囊管前壁,自破口处挤出结石,暂夹近端胆囊管,自破口处冲水、清洗出胆囊管内结石残渣或胆泥,安放钛夹或丝线结扎胆囊管。随访无继发胆管结石。胆囊管残端处理必须可靠,我们早期有1

例钛夹脱落胆瘘,再手术治愈。

3. 正确使用电切电凝是预防胆管损伤的重要因素。单极电刀切割组织能力强,止血效果好,是目前广泛应用的切割工具。使用不当可引起胆管损伤及继发性胆管狭窄^[4],电切组织时应严格控制通电时间,多次适量切割,掌握好电钩的方向和力度,我们早期有 1 例,电钩致肝总管胆总管汇合部灼伤,腹腔镜下修补胆道治愈。

二、胆囊动脉的处理

胆囊动脉的起源和走行变异较多,常造成手术困难和术中出血而被迫中转开腹^[1],根据不同类型采取如下方法处理:

1. 先处理胆总管,将钳闭切断的胆总管向外侧牵引以敞开三角区,稍作分离即可见到胆囊动脉。若动脉位于胆总管前方可先处理动脉。二是粘连不易分离时,可一同夹闭。对一般粗细的胆囊动脉忌用电凝,以施夹最为可靠。我们有 2 例电凝引起出血,血管回缩,后上夹止血。如果出血多,要耐心寻找出血点,吸引器冲水吸引,暴露好视野,且不可忙乱止血,以免误夹肝外胆管。

2. 分离胆囊床时要耐心细致,按解剖层次分离,忌过深分离,尤其在无胆囊动脉主干的病人,时刻注意胆囊动脉后支的存在及动脉闭塞后右肝向胆囊直接供血的可能。我们有 4 例出血:1 例只夹闭了动脉的前支,忽视了后支的存在,分离胆囊床时出血;1 例炎症较重,层次欠清,胆囊床出现异常粗大的动脉出血,考虑为源于右肝的胆囊动脉;另 2 例

均为胆囊床分离过深伤及胆囊床处门静脉分支出血。以上均经上夹止血。因此作者建议①解剖三角区时尽可能找到胆囊动脉并予以处理;②剥离胆囊时层次要正确,保证胆囊床上有一定的浆肌层组织,这样既可减少出血,又可在出血时容易处理。③三角区无胆囊动脉者要警惕胆囊床动脉出血。

三、其它并发症的处理

在分离胆囊粘连及暴露胆囊时操作要轻柔,严禁粗暴动作。我们有 1 例牵引钳压迫肠管暴露胆囊时,不慎戳伤右肝出血,电凝止血效差,后用明胶海绵填塞压迫而止血。本组有 18 例出现戳口感染或硬结,大多数在数月后症状消失,以剑突下多见,脐部次之,考虑与消毒不严密、取胆囊时破裂、以及伤口使用较多有关。2 例出现剑突下切口疝,究其原因与切口感染、腹白线缝合不严密、以及术后病人呕吐、咳嗽引起腹压增高有关。我们针对上述因素加强预防,未再出现类似并发症。

参 考 文 献

- 1 刘国礼. 腹腔镜胆囊切除术并发症面面观. 肝胆胰外科杂志, 1997, 9: 97-98.
- 2 黄晓强, 冯玉泉, 黄志强. 腹腔镜胆囊切除术并发症. 中华外科杂志, 1997, 35: 654-656.
- 3 龚建平, 周永碧, 韩本立. 腹腔镜胆囊切除术严重手术并发症的预防. 华人消化杂志, 1998, 6: 307-309.
- 4 邓绍庆. 腹腔镜手术中胆道损伤防治. 中国实用外科杂志, 1994, 11: 681-683.

(上接第 126 页)

血时,匆忙在血泊中盲目、广泛、持续的电凝,这样极易造成胆管局灶或广泛的坏死,致胆瘘或术后胆管狭窄。遇 Calot 三角内出血时,应在持续冲洗、吸引下用止血钳钳夹出血点、上钛夹止血,不易控制时果断开腹中转手术。电凝器要避免触及钛夹,一是造

成钛夹所夹闭组织坏死,致钛夹过早脱落,其二是热力扩散而灼伤胆管。

参 考 文 献

- 1 黄志强 主编,现代腹腔镜上科学,第一版. 北京:人民军医出版社. 1994: 93-153.