

· 经验交流 ·

腹腔镜胆囊切除术预防肝外胆管损伤的体会

庄虔忠

兰州医学院附属天浩医院普外科(730060)

我院于 1996 年 5 月至 2000 年 5 月共行腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)324 例,现就肝外胆管损伤的预防措施讨论如下。

临床资料与方法

一、一般资料 本组 324 例,其中男 129 例,女 195 例。年龄 24 ~ 79 岁,平均 48 岁。慢性胆囊炎、胆囊结石 289 例,急性胆囊炎、胆囊结石 21 例,胆囊息肉样病变 14 例。

二、手术要点 常规腹壁戳 4 孔,造气腹及置入相应器械操作^[1]。术者左手持钳钳夹胆囊颈上部,将胆囊颈向右侧牵引使胆囊管紧张,在胆囊颈管交界处用电凝钩切开此处前方及侧后方的浆膜,用弯分离钳游离并渐分过胆囊管上缘,上钛夹剪断胆囊管。Calot 三角内靠胆囊显露、钛夹夹闭、凝断胆囊动脉。常规剥离胆囊并电凝胆囊床,Calot 三角内不进行电凝。

结 果

本组未发生肝外胆管损伤病例,术后随访 5 ~ 18 个月,均无上腹疼痛、发热、黄疸史。术后 6 个月 B 超复查,未发现残留胆囊管积液。

讨 论

LC 的肝外胆管损伤率为 0.32 ~ 0.59%^[1],而开腹胆囊切除术(Open cholecystectomy, OC)不超过 0.1%,所以 LC 的肝外胆管损伤令人关注。为降低胆管损伤率,学者们提出诸多见解和进行许多尝试,并取得一定效果。应当承认 LC 必定不同于已开展 100 多年开腹胆囊切除术(OC),不能用 OC 的手术方法来硬性规定 LC 也要如此操作。不符合 LC 操作特点的方法,只能增加其并发症的发生率,而不能认为 LC 自身存在缺陷。基于这一认识,为避免肝外胆管损伤,我们对 LC 操作进行如下改进。

1、准确判定胆囊管的解剖开始点。“先解剖胆

囊颈,顺其分出胆囊颈管交界处,继而游离出胆囊管起始段”这种“由颈至管”的分离,已是公认的胆囊管游离方法。多数病例能直观地认出交界处,若因局部脂肪堆积、大网膜粘连、Calot 三角有炎症、胆囊颈部过于膨大就不能认出。为准确判断起始分离点,我们采用术者持钳钳夹胆囊颈上部,向肝脏推挤胆囊使胆囊颈膨胀,其膨大的左侧缘即是胆囊颈管的交界处,在胆囊颈膨大缘稍上方开始解剖。在游离胆囊管、胆囊动脉的过程中,可随时应用此方法,帮助明确胆囊壁的位置,避免偏离胆囊引起副损伤。若解剖的开始点选择错误,往往是从胆囊管的中近段开始解剖,易将胆总管误认为胆囊管游离而损伤之,造成“一步错、步步错”的结果。

[编者按:此操作有将结石挤入胆囊管甚至胆总管的危险,应注意。]

2、转变传统 OC“充分游离胆囊管,看清与肝总管、胆总管的关系后,距胆总管 0.5cm 处切断胆囊管”的观念。我们认为 LC 时“由颈至管”,仅游离出胆囊管的起始段即上钛夹剪断之,不强调胆囊管残留段的长短和明确显露“三管”间解剖关系。经术后随访未发生胆囊管残株炎和胆汁潴留(“小胆囊”)病例。在操作中应注意避免将细小的胆囊结石推移至胆囊管,而滞留在胆囊管残段内。

3、改进胆囊管、胆囊动脉的处理方法。改用弯分离钳游离、分过胆囊管,因电凝钩与钩体连接处有一明显的台面,在盲目分过胆囊管时此处易挂伤、挂断胆囊管及其周围的血管。用弯分离钳能准确地贴着胆囊管、轻巧地逐渐游离分过之。推挤胆囊使之膨胀,明确胆囊壁的位置,在 Calot 三角内靠胆囊壁用电凝钩刮推出到看见胆囊动脉前壁,稍离开胆囊上一枚钛夹完全夹闭胆囊动脉及系膜,贴近胆囊壁凝断之。不向肝门方向作过多的显露和完全游离胆囊动脉,避免损伤肝外胆管,尤其是变异胆管。

4、避免电凝 Calot 三角,特别是在此区域有出

(下转第 125 页)

(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.