

腹腔镜胆囊大部分切除术在复杂胆囊手术中的应用

钟立明 叶建宇 彭毅 周汉新

北京大学深圳医院腔镜外科中心(深圳 518036)

【摘要】目的 探讨胆囊大部分切除在复杂腹腔镜胆囊切除术中应用的可行性及安全性。方法 对 1999~2001 年施行的 26 例腹腔镜胆囊大部分切除术的方法、手术疗效及并发症进行了回顾分析。手术指征为化脓性胆囊炎、Mirris 综合征 I 型、Calot 三角“冰冻样”改变、萎缩性胆囊炎、胆囊床与肝脏瘢痕样致密粘连等。结果 手术时间为(51±16.5)分钟,开始下床活动时间(11±4.3)小时,开始进食时间(22±8.5)小时,住院时间(4.5±1.5)天,术后胆漏 2 例,均经保守治疗治愈。随访 6 月~25 月,未见与手术有关的并发症。结论 在困难胆囊手术中,腹腔镜胆囊部分切除术可简化手术,降低手术风险,可收到胆囊造瘘与标准胆囊切除相结合的疗效。

【关键词】腹腔镜 胆囊大部分切除术 复杂胆囊手术

中图分类号 R657.4

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2002)04-0260-02

The application of laparoscopic subtotal cholecystectomy in complicated cholecystectomy Zhong Liming, Ye Jianyu, Peng Yi, et al. Surgical Endoscopic Center, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, China

【Abstract】Objective To study the possibility and safety of laparoscopic partial cholecystectomy in difficult cholecystectomy. Methods The operative procedures, efficacy and complications of 26 laparoscopic partial cholecystectomy between 1999 and 2001 were reviewed retrospectively. The operative indications were empyema cholecystitis, Mirris syndrome I type, frozen Calot's triangle, shrunken gallbladder. Results operative time was (51±16.5) minutes, The time to recovery activity was (11±4.3) hours, food-intake began (22±8.5) hours after operation; The hospital stay was (4.5±1.5) days, bile leakage after operation was found in 2 cases and recovered after conservative management. Following-up period lasting 6 to 25 months showed no complications occurred. Conclusions Laparoscopic subtotal cholecystectomy may simplify the operation and decrease the risk in difficult cholecystectomy and can get the therapeutic result of cholecystomy combined with standard cholecystectomy.

【Key words】Laparoscopy Subtotal cholecystectomy Complicated cholecystectomy

以往当胆囊坏疽、严重粘连水肿、胆囊三角解剖不清或合并心脑血管疾病者,行标准胆囊切除困难、强行分离可能导致肝外胆管损伤时,常行胆囊造瘘术,但因残留有病变的胆囊在体内,需再次手术,目前已基本为胆囊部分切除术所取代,既一期切除了病变的胆囊,达到标准胆囊切除的效果,又可保证了手术的安全^[1,2]。因技术和条件的限制,腹腔镜下完成这一操作有一定的困难,早期均中转开腹行胆囊大部分切除术。近 3 年来我们施行腹腔镜胆囊大部分切除术 26 例,取得了满意的效果。现报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料

本组 26 例,男 11 例,女 15 例。年龄(28~71)岁,平均 52.3 岁。其中,急性化脓性胆囊炎并结石 14 例, Mirris 综合征 I 型 2 例,萎缩性胆囊炎 5 例,胆囊结石合并肝炎、肝硬化

3 例, Calot 三角冰冻样改变 2 例。均有 2 年~40 余年的胆道疾病史。其他合并病有糖尿病 8 例,高血压、心肌缺血或心律失常等 18 例,腔隙性脑梗塞 2 例,肺源性心脏病 1 例。此外尚有前列腺炎、腹股沟疝等。

术前准备

本组择期病人 7 例,其余 19 例为急诊病人,入院时即有发热、阵发性腹痛, B 超检查提示胆囊单发或多发性结石, 11 例示胆囊水肿呈双边影, 5 例发现胆囊体积显著增大约 10cm~16cm,术前检查提示 ALT、AST 及 ALT/AST 比值明显升高,血尿淀粉酶轻度升高, 8 例入院时有巩膜黄染, 3 例有黄疸病史,行 MRCP 检查 9 例, ERCP 检查 2 例以排除胆总管结石的存在,发现 Mirris 综合征 2 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。17 例入院后 24~35 小时安排手术,其余择期病人和情况较复杂者待病情稳定后安排手术。

二、手术方法

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,Winslow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,决定行胆囊部分切除术。自胆囊底部用超声刀距肝床约 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。自胆囊两侧用超声刀切开,直至胆囊壶腹部,因超声刀的止血作用,一般可不用钛夹,但因炎症增粗的胆囊主干血管需延长超声刀凝固时间或加用钛夹。再次确认局部解剖结构,用剥离器推开其前的粘连肠管,如粘连致密,可用剪刀紧贴胆囊解剖,可遗留部分胆囊壁于肠管上。仔细解剖,切除大部分胆囊放入标本袋,辨认胆囊管之开口,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,一般缝合 3~4 针,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一根于肝下,自右侧腹腋前戳孔引出。

结 果

26 例均成功完成手术,无一例中转开腹。术中见 19 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 3 例合并中重度肝硬化;11 例胆囊床纤维疤痕化,2 例胆囊明显萎缩,位于肝内 2 例为 Mirris 综合征。手术时间(38~126)分钟(51 ± 16.5)分钟。下床活动时间(5~22)小时(11 ± 4.3)小时。开始进食时间(18~33)小时(22 ± 8.5)小时。引流管留置时间为(27~76)小时, (35 ± 12.8)小时。平均住院时间(3~8)天(4.5 ± 1.5)天。2 例术后出现胆漏,均经保守治疗于术后第三天自止,分别于术后第七、第八天出院。随访(6~25)月,未出现与胆道手术有关的症状。

讨 论

腹腔镜胆囊大部分切除术有以下优点:1、可简化手术,减少手术风险。手术切除了病变的胆囊,对于胆囊三角“冰冻样”改变的病例不必强行解剖,减少了损伤肝外胆管的机会,术中出血少,手术安全、可靠,并发症少。2、可以达到与标准腹腔镜胆囊切除同样的效果。与中转开腹胆囊部分切除比较,大大缩短手术时间及住院时间,术后恢复快,同时术后的各种不适明显减少,充分体现微创手术的优越性^[4]。

因腹腔镜手术的特殊性,有许多必须注意的地方,我们的体会是:

1、严格掌握手术指征。胆囊大部分切除术因残留胆囊粘膜灭活的问题以及因胆囊管过长而可能引起的后遗症状。同开腹手术一样,腹腔镜胆囊大部分切除仅适用于严重粘连水肿、胆囊床纤维化、萎缩性胆囊炎、合并肝硬化、胆囊深嵌于胆囊床内、胆囊三角疤痕性粘连,强行解剖可能损伤肝外胆管,或病情复杂,合并有心脑血管疾病,不能耐受标准

胆囊切除术者^[3-6]。

2、因腹腔镜手术的局限性,术前应作好充分检查,了解胆总管有无结石,胆囊结石的位置、大小以及有无解剖变异等。本组术中术前常规 B 超检查,有黄疸或有黄疸病史则行 MRCP 或 ERCP 检查以了解是否合并肝外胆管结石,本组 9 例行 MRCP 检查,2 例行 ERCP 检查,诊断 Mirris 综合征 2 例,胆囊管结石嵌顿 6 例,3 例术前检查提示合并肝硬化伴出凝血时间延长。术前检查可评估手术的难易程度,在手术中可指导胆囊三角的解剖,取出嵌顿结石,避免术后胆囊管结石残留。

3、超声刀的使用 因胆囊大部分切除术时渗血较多,影响手术暴露,我们体会使用超声刀可以有效止血,切割止血时不似电凝时产生烟雾影响手术视野,不需频繁换气而节约手术时间,同时因对周围组织辐射损伤小,使用安全。无论自胆囊底开始还是自胆囊壶腹部开始切除,超声刀的使用均可大大缩短手术时间,保持手术野清晰,止血确切可靠。

4、并发症的预防 主要为胆漏和胆囊窝积液、感染,此外尚有残留胆囊管、胆总管结石,结石散落腹腔以及肝外胆管损伤等。所有取出结石均应及时装入标本袋,切取胆囊管结石时应轻柔,以免结石掉落胆总管,残留胆囊粘膜烧灼灭活,胆囊管残端缝闭前必须了解胆总管、肝总管及右肝管的大致位置,用丝线小针细密缝合包埋胆囊管残端 3~5 针,进针要准,不可损伤深部组织。此外,保持通畅的引流非常重要,本组 2 例术后出现胆漏,腹腔引流管胆汁样渗液第一天引流量为 45ml~150ml,2~3 天后自止,未经特殊治疗,可能为急性炎症渗出以及胆囊管缝合不严所致,我们常规放置剪有多个侧孔的引流管于网膜孔,位置一定放置妥当。

同传统剖腹胆囊部分切除一样,腹腔镜胆囊大部分切除术仅用于标准胆囊切除施行困难或不能耐受,需行胆囊造瘘术的患者,应严格掌握手术指征,不能作为常规应用。

参 考 文 献

- 1 何红平,姚斌.胆囊部分切除术 43 例临床应用体会.江西医药,1999,34:127-128.
- 2 王炳煌.胆囊部分切除术的指征与操作.临床外科杂志,1999,7:124-125.
- 3 夏穗生,黄庭庭,石景森,等.胆囊大部分切除术的适应证和技术要求.中华肝胆外科杂志,2001,7:307-308.
- 4 Subramaniasivam N, Ananthakrishnan N, Kate V, et al. Partial cholecystectomy in elective and emergency gall bladder surgery in the high risk patients - a viable and safe option in the era of laparoscopic surgery. Trop Gastroenterol, 1996, 17: 49-52.
- 5 Maudar KK. J Evaluation of surgical options in difficult gall bladder stone disease. Indian Med Assoc, 1996, 94: 138-40.
- 6 Schein M. Partial cholecystectomy in the emergency treatment of acute cholecystitis in the compromised patient. J R Coll Surg Edinb, 1991, 36: 295-7.

(2002-3-13 收稿)

(2002-7-17 修回)