

腹腔镜胆囊切除术复杂情况的处理—附 228 例报告

韩朝阳 王红军 杨毅军 邹声泉^①

河南省焦作市第二人民医院普外科(焦作 454001)

【内容提要】 本文报道腹腔镜胆囊切除术(LC)228 例复杂情况的处理经验。其中胆囊化脓 116 例,胆囊颈或胆囊管结石嵌顿 64 例,胆囊三角冰冻样粘连 28 例,胆囊极度萎缩 12 例,有上腹部手术史 8 例。中转开腹手术 7 例,LC 成功率 96.9% (221/228)。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术

中图分类号 R657.4

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)02-0168-02

腹腔镜胆囊切除(LC)以其创伤小,痛苦轻,恢复快已成为治疗胆囊良性疾病的首选方法^[1],LC 已占胆囊切除术的 80%~90%^[2],许多原认为是相对禁忌证,甚至禁忌证的病例也逐步施行了 LC。本文就腹腔镜复杂胆囊切除 228 例分析如下:

临床资料与方法

一、一般资料 本组 228 例,男 86 例,女 142 例。年龄 22 岁~78 岁(52.6 ± 11.3)岁。病史 2 天~30 年。急诊手术 97 例(末次发病距手术时间 < 72h 56 例,72h~1 周 41 例),其余为择期手术。胆囊化脓 116 例,胆囊颈或胆囊管结石嵌顿 64 例,胆囊三角冰冻样粘连 28 例,胆囊萎缩 12 例,有上腹部手术史 8 例。

二、方法

228 例均置胃管,采用气管插管全身麻醉,呈头高足低 15°,右高左低 10°卧位建立气腹,常规 A、B、C、D 点穿刺置入相应器械。视胆囊情况给以相应处理(见讨论)。

结 果

本组除 7 例中转开腹手术外,其余腹腔镜下完成,成功率为 96.9% (221/228)。手术时间 20min~160min,平均 45min。LC 术后放置肝下引流管 168 例,留置时间 1d~3d,引流总量 15ml~160ml (80.6 ± 43.6)ml。术后住院 2d~7d,平均 3d。无 1 例并发症。随访 6 月~12 月均无异常。

讨 论

一、急性胆囊炎

本组 116 例。术前 2 天内均有急性右上腹疼痛、腹肌紧张及压痛,莫菲氏征阳性,术中发现胆囊均明显肿大,张力高,壁厚水肿,组织脆弱,胆囊三角区炎

症水肿明显,局部解剖不清,其中 60 例伴胆囊颈部结石嵌顿。中转开腹 3 例,其余均获成功。我们的体会是 1. 手术时机,发病 72 小时内手术常能容易完成^[3]。术中发现,发病若不超过一周的病人,胆囊周围所形成的粘连仍可较容易分离开,清楚地显露胆囊三角,若发病超过一周,粘连则不易分离,手术难度较大,手术时间相对延长,中转开腹的可能性较大。2. LC 术中操作首先行胆囊穿刺减压。我们用穿刺针刺入胆囊底部,外接负压吸引做胆囊减压,减压孔可凝闭或钛夹闭合,减压不宜过大,需保持部分张力,以利于胆囊剥离及 Calot 三角的解剖分离,如遇胆囊颈部结石嵌顿,尽量设法推挤结石至胆囊内,以利暴露。3. 正确仔细处理胆囊管。应靠 Hertmann 袋将其浆膜用分离钳钝性分离,仔细解剖胆囊三角,辨认三管关系,其原则是“宁伤胆,勿伤管”。4. 术后常规放置肝下引流管,防止膈下感染等并发症。

二、胆囊颈或胆囊管结石嵌顿

如结石嵌顿在胆囊颈或胆囊管中,远段时,处理并不困难,如嵌顿在胆囊管近端,处理十分困难。我们的经验是 1. 从结石处向下游离胆囊管,如结石近端胆囊管有 0.5cm 以下长度,可置一钛夹,远侧剪断。2. 将结石挤入胆囊,再处理胆囊管,如结石不易挤入胆囊,而且结石较小者,先仔细解剖胆囊管至汇入胆总管处,于胆总管侧胆囊管先施一钛夹,紧贴结石边缘(胆囊侧)剪开部分胆囊管前壁,用解剖钳向胆囊侧推挤结石,挤出结石,如大结石嵌顿在胆囊颈,并紧贴胆总管,则先在结石胆囊侧剪开部分胆囊管壁,取出结石,此时不必追求“三管一壶腹”,只要确认颈部与胆囊管连接变细部位即可依据“唯一管征”或“鸡腿征”(胆囊颈与胆囊管交接处呈鸡腿样外观)仔细分离处理胆囊管。本组 64 例均获成功。

三、胆囊萎缩伴冰冻样粘连

(下转第 95 页)

(上接第 168 页)

此类病人多属长期颈部结石嵌顿,胆囊多伴有一定程度的萎缩,囊壁部分纤维化,壁厚坚硬,与肝脏紧密附着,三管关系模糊,解剖 Calot 三角极为困难,操作一般采用顺逆结合切除处理。首先分离胆囊周围粘连,向下牵拉十二指肠尽可能显露胆总管并了解胆总管行径,然后用电凝钩紧贴胆囊壁剥离胆囊至胆囊壶腹部,再钝性分离解剖 Calot 三角,处理胆囊动脉及胆囊管。如遇胆囊极度萎缩,胆囊管极短,纤维闭塞,此时可采用剖开胆囊取出结石作胆囊大部切除,残留于胆囊床的胆囊壁用电凝破坏粘膜并止血,于胆囊颈处胆囊腔内寻找胆囊管开口并缝闭胆囊管,术毕肝下间隙置乳胶管引流。胆囊严重萎缩且明显纤维化,中转为开腹手术以策安全。本组 28 例中有 16 例采用胆囊大部分切除与残余胆囊粘膜烧灼破坏,中转开腹手术 4 例。

四、腹腔明显粘连

腹部手术后腹腔粘连对 LC 手术操作可造成不同程度影响,其处理原则^[4,5]是选择距离原手术切口 3.0cm 以上作为充气切口,尽可能在直视下小切口开放式建立气腹。1. 右上腹片状或带状粘连,可将腹腔镜转向左或右以达胆囊区,并通过操作孔先处理影响 LC 操作的粘连。2. 右上腹广泛膜状粘连,选一合适位置刺入 5mm 管鞘,插入剥离铲,推开粘连或用电凝钩式解剖钳分离粘连暴露胆囊区。3. 胆囊区有无法推开的肠段或肠管与腹壁紧密粘连,

应中转开腹处理。本组 8 例有上腹部手术史,其中 6 例右上腹有明显片状粘连,经分离粘连后行 LC 成功。

五、术中出血

术中发生难以控制的出血是中转开腹的重要原因。一旦发生出血,应边冲洗吸引,看清出血部位,根据出血部位不同采用不同的方法处理。1. Calot 三角附近出血,一般为胆囊动脉或其分支出血,看清出血点后,在该处直接上钛夹,如血管回缩,出血点看不清,可先用直头钳夹住出血部位,两钳交替慢慢放松,看准出血点后再上钛夹,一般不主张电凝,以防损伤胆总管。2. 胆囊床出血,可反复进行电凝烧灼或加明胶海绵填塞,或喷凝血酶后纱条压迫。本组有 10 例胆囊床出血,经纱条压迫,反复烧灼血止。

参 考 文 献

- 1 Kane RL, Larte N, Borbas C, et al. The outcomes of elective laparoscopic and open cholecystectomy. J AM Coll Surg, 1995, 180: 136 - 145.
- 2 Luo Jian, Shi Jingsen. Circulatory and respiratory effects of intraperitoneal insufflation with carbon dioxide in the laparoscopic operation patient. J Xi'an Med Univ, 1995, 7(1): 83 - 86.
- 3 Geoghegan JG, Keane FBV. Laparoscopic management of complicated gallstone disease. Bri J Surg, 1999, 86(2): 145 - 146.
- 4 陈训如, 毛静熙, 周正东, 等. 腹腔镜胆囊切除术中预防肝外胆管损伤. 中华外科杂志, 1994, 32: 275 - 277.
- 5 朱炳光, 邓明福, 张宝良, 等. 腹腔镜胆囊切除术 11654 例报告. 中国实用外科杂志, 1998, 18: 279 - 280.

(2001 - 11 - 01 收稿)

(2002 - 03 - 18 修回)