

## · 经验交流 ·

## 胆囊炎急性发作期的腹腔镜胆囊切除术

张敏 蔡逊

广州军区武汉总医院普外科(武汉 430070)

【摘要】目的 探讨胆囊炎急性发作时腹腔镜胆囊切除术的可行性及手术技巧。方法 对 234 例急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术进行回顾性分析。结果 226 例行腹腔镜胆囊切除术, 8 例中转开腹, 中转率为 3.4%(8/234)。术后恢复良好, 均治愈出院。结论 胆囊炎急性发作期腹腔镜胆囊切除是完全可行的。

【关键词】腹腔镜胆囊切除术 急性胆囊炎

中图分类号 R657.4

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)02-0169-01

胆囊炎急性发作期行腹腔镜胆囊切除术(LC)尚有争议。我院 1994 年 5 月~2001 年 6 月对 234 例急性胆囊炎行 LC, 手术效果良好, 现就操作体会总结分析如下:

## 临床资料与方法

一、一般资料 本组 234 例, 女 161 例, 男 73 例。年龄(21~64)岁, 平均 41.3 岁。其中有上腹部手术史 14 例, 有下腹部手术史 27 例。患者均是因持续性右上腹绞痛不能缓解入院, 本组有 36 例伴发热, 体温 37.8℃~39.4℃。全部病白细胞均高于正常( $10.5 \sim 17$ ) $\times 10^9/L$ , 中性 0.85~0.96。入院后经 B 超明确诊断为急性胆囊炎。本组中 203 例既往有类似发作史。

二、方法 经术前常规准备, 均在发病后 72 小时之内急诊在全麻下行腹腔镜三孔胆囊切除术<sup>[1]</sup>。

## 结 果

226 例 LC 成功, 手术时间 26min~117min。中转开腹 8 例, 其中 2 例因出血经腹腔镜下止血无效而中转开腹, 6 例因胆囊三角区炎性粘连致解剖不清。2 例术中造影示胆总管内有结石阴影, 即联合采用胆道镜网篮取石, 置放 T 管引流。24 例肝下间隙置放橡胶管引流, 均在术后 24h 内拔除。除中转开腹 8 例术后 10d~15d 出院, 余皆在术后 4d~6d 出院。随访 168 例, 时间 0.5 年~6 年。162 例术后效果良好, 5 例术后偶有右上腹轻度隐痛, 1 例因胆总管结石于术后 3 年行开腹胆总管探查术。

## 讨 论

1. 手术时机 急性胆囊炎做 LC 的时间选择非常重要, 本组手术均在 72h 内进行, 因为在此阶段, 炎性水肿明显, 所致粘连并不是致密不可分, 如果超过 72h, 则由于炎性水肿的吸收, 其粘连往往很致密, 难以分离, 此时可给予保守治疗, 在腹部症状缓解后(2~3)周再行 LC。如果在保守治疗期间再次急性发作, 则应在再发 48 小时内, 全麻下行 LC<sup>[1]</sup>。

2. 术中处理 操作时应紧贴胆囊壁于无血管区及无肠区开始, 采用钝性撕裂和电凝钩锐性分离结合, 分离粘连, 完全显露胆囊, 术中一定要注意始终保持电凝钩在视野内, 以免电灼伤附近的肠管或胃壁。由于伴有胆囊结石颈部嵌顿, 胆囊张力较大, 应先穿刺胆囊, 吸除胆囊内部分胆汁, 不必全部吸净, 保持胆囊有一定的张力, 利用胆囊三角的解剖。

胆囊三角区的解剖在腹腔镜操作中是至关重要的步骤, 必须遵循的原则是自胆囊壶腹部向近端进行解剖, 对于撕裂过程中造成结缔组织渗血不可不处理。胆囊结石嵌顿的特点是在结石嵌顿部位胆总管出现一“球形体”, 分离出此球形体后, 在其近端置钛夹剪断<sup>[2]</sup>, 这样解剖可以最大可能减少对胆总管的损伤, 必要时解剖出胆总管和肝总管, 明确结石嵌顿部位, 再置钛夹, 以避免发生胆囊切除残余炎及残余结石遗漏。明确胆总管、胆总管、甚至肝总管后, 再剪断胆囊

管。

本组 5 例在解剖出胆囊管后, 发现胆囊管较粗, 直径大于钛夹的长度, 钛夹不能完全夹闭, 这时可利用一根丝线穿过胆囊管, 然后提起丝线, 致使丝线提起处胆囊管变细, 再施以钛夹即可完全夹闭胆囊管, 再抽出丝线。

由于炎性水肿致部分病例胆囊动脉不易解剖分离, 术中可提起胆囊壶腹部, 靠近胆囊壁连同胆囊动脉走行的结缔组织一起施以钛夹, 而不必刻意去解剖出胆囊动脉, 使胆囊动脉“骨骼化”, 这样不仅可以节省手术时间, 而且所施钛夹牢靠, 不会滑脱, 并可减少不必要的动脉损伤出血。

剥离胆囊时, 要尽量保留胆囊浆膜, 这样有利于胆囊床的止血。剥离胆囊后, 胆囊床渗血处以电凝棒电凝烧灼, 避免术后迷走胆管漏。本组 6 例剥离胆囊后, 胆囊床渗血较多, 电凝烧灼不能止血, 术中用丝线或可吸收缝线作“8”字缝合(1~2)针, 但由于腹腔镜下打结较困难, 所以不必打结, 以钳提起缝线, 略有张力, 然后以钛夹夹闭缝线的基底部, 以达到止血的效果。

3. 引流管的置放 大多数病例不需要置放引流管, 本组置引流管仅 24 例(10.3%), 下列情况应置放引流管: (1)胆囊颈管处理不满意者; (2)胆囊创面渗血明显者; (3)化脓性胆囊炎, 术中胆囊破裂, 有脓液流入腹腔者; (4)术中胆囊床胆囊浆膜未能保留住者。

4. 中转手术 任何手术都应安全第一, 不可盲目追求低中转率, 中转手术并不说明术者腹腔镜手术操作水平低下, 而及时中转恰恰体现术者对于手术尺度的良好掌握, 因此在操作困难时应果断中转。

5. 常规解剖已切除的胆囊 对已切除的胆囊应常规进行解剖, 检查胆囊颈管的解剖是否完整, 有无与其它管道相连, 因有部分病人因解剖异常或炎症粘连致胆囊与胆总管并行, 手术易误伤胆总管。如果术后出现黄疸或胆汁性腹膜炎才意识到肝外胆管损伤, 则后果严重。

6. 术中造影 对于近期内有胰腺炎发作或是有一过性黄疸的结石性胆囊炎, 并不是 LC 的禁忌证, 对于这类患者, 可采取术中经胆囊颈管胆道造影, 以明确有无肝外胆道结石, 如有肝外胆道结石, 则经腹腔镜行胆总管切开胆道镜探查, 网篮取石, 并置放 T 形管引流, 对于胆囊结石<0.3cm, 且胆囊颈管较粗的患者应常规作胆道造影。本组有 26 例行术中胆道造影, 其中 2 例肝外胆道结石阳性, 行胆总管切开胆道镜取石成功。另外, 术前检查胆总管明显增粗而无黄疸的患者, 术中也应常规行胆道造影。

## 参 考 文 献

- 1 蔡逊, 张兆林, 刘安重. 腹腔镜三孔操作手术治疗胆囊炎急性发作 96 例临床分析. 中国内镜杂志, 1999, 5: 39~40.
- 2 陈训如. 腹腔镜胆囊切除术临床应用的几个问题. 普外临床, 1993, 10: 349~350.

(2001-09-04 收稿)

(2001-10-22 修回)