

腹腔镜切除残留胆囊 2 例

唐向东 王奎 王东 唐雨^①

河北保定 66069 部队医院腹腔镜科(保定 071051)

中图分类号 R657.4 文献标识 D 文章编号 :1009-6604(2003)02-0183-01

1993 年 3 月~2000 年 5 月我院完成 3513 例 LC,术中遇到 2 例胆囊切除术后部分胆囊残留合并结石,我们成功施行了腹腔镜残留胆囊切除术,现报道如下。

临床资料

例 1:男,63 岁。在外院行传统胆囊切除术后 12 年,右上腹胀痛不缓解且反复发作,逐渐加重,B 超示胆囊结石,来我院求治。于 1996 年 7 月 15 日在全麻下行常规 4 孔法 LC。开放式造气腹,术中见大网膜与胆囊床紧密粘连,但胆囊三角尚较易分离,钝性分离后“三管关系”显示清楚,胆囊管及胆囊动脉清晰可辨,施夹后离断顺行切除 3.0cm×1.5cm“小胆囊”,切开后可见正常胆汁和直径 1cm 混合型结石 1 枚,“胆囊底部”可见两道环型结扎丝线结。LC 术后常规治疗 4 天,痊愈出院。

例 2:女,47 岁。外院会诊病人,LC 术后 6 月,右上腹胀痛反复发作 5 月,B 超发现胆囊窝结石。于 1999 年 8 月 12 日全麻下行 LC,开放式进腹 4 孔法。术中见肝门粘连紧密,小心分离后可见胆囊管哨兵淋巴结,沿此分离出胆囊管。切除 3cm×1cm 残留胆囊及结石,解剖标本可见“胆囊”底部共有 5 枚钛夹呈阶梯状一字排列封闭胆囊残端。胆囊窝置橡胶管引流,24 小时后拔除,6 天后痊愈。

讨 论

残留胆囊发生的原因:由于胆囊切除术是外科开展最常见、数量最多的手术之一,加之胆道系统变异大,胆囊大小、长短相差很大,加之折迭、扭曲以及粘连移位等变化,胆囊动脉、右肝动脉、胆总管和胆囊管相互间的关系也很复杂,胆囊切除术后胆囊管残株结石时有发生^[1]。但是“胆囊管残株结石”与“胆囊残留”在解剖结构上是有区别的。前者多发生于胆囊管旋转、迂曲及与胆总管并行且有结石嵌顿时;后者多由于术中解剖不清、判断失误、麻痹大意、操作粗疏造成。从例 1 切除的标本推断,显然是由于术者误将胆囊体部与哈特曼氏袋之间的切迹作为胆囊管进行结扎所致。例 2 发生的原因则是术者在初学 LC 阶段,镜下未辨明“三管”关系,将胆囊体部误认为增粗的胆囊管而盲目施夹,犯了常识性和原则性错误。

残留胆囊的预防:无论开腹胆囊切除术或 LC,都必须重

视每例首次胆囊手术。开腹手术时除满意显露、仔细解剖外,还应充分利用手的触觉,摸清结石位置,利用结石在胆囊中的移动范围,判断胆囊的大小,此点在遇有胆囊周围严重粘连时尤为重要,必要时可切开胆囊探查。LC 除遵循胆囊切除的基本原则外,尤其重要的是在丧失手的直接触摸功能的情况下,坚持辨明“三管一壶腹”的关系,遇有粘连时应仔细耐心地解剖,尽量寻找利用胆囊管淋巴结、胆囊动脉、温氏孔等标志性解剖结构来帮助确定胆囊管,除此之外,应严格掌握手术适应证,在开展 LC 初期尤为重要,当镜下解剖技巧尚不过关时,应及时果断地中转开腹手术,切勿勉强为之,主观臆断,酿成不良后果。

残留胆囊的诊断和处理:本组病人均有胆囊切除术后原有症状不缓解,影像学诊断原胆囊窝可见囊壁结构完整的“小胆囊”,多伴液性暗区和/或结石强回声光团伴声影。一旦确诊,应再次手术。因术后粘连,手术难度较大,大多需开腹手术。随着 LC 手术经验的积累,许多腹腔镜外科医师对操作困难的复杂性胆结石的 LC 进行研究^[2,3]。为探讨腹腔镜切除残留胆囊的可能性,作者在实施近千例有腹部手术史的腹腔镜手术的基础上^[4]对此进行探索并取得成功。主要体会:采用开放式置入鞘管造气腹,沿肝镰状韧带右侧肝脏面途径进入肝门,可避开粘连严重的胆囊床外侧。从肝十二指肠韧带表面由内向外分离,在胆总管、十二指肠上缘和胆囊管淋巴结的指示下仔细寻找残留胆囊,必要时可以穿刺确认。分离时要遵循腹腔镜操作原则,钝锐结合,准确辨认,小块离断,否则可能发生不可控制的大出血和肝外胆管损伤。

参 考 文 献

1 许元良,袁淑嵬,刘学明,等.胆囊残株结石 4 例分析.中国实用外科杂志 2000,10:62.
2 韩朝阳,王红军,马驰,等.操作困难的腹腔镜胆囊切除术 68 例报告.腹腔镜外科杂志 2001,1(2):81-82.
3 王锐,文汉东,杨志奇,等.腹腔镜胆囊切除术治疗复杂性胆囊结石 902 例分析.腹腔镜外科杂志 2001,1(2):87-89.
4 唐向东,王奎,李英春,等.部队基层医院 5736 例腹腔镜术综合报告.中国内镜杂志 2001,4:48.

(2001-12-04 收稿)
(2002-01-08 修回)