

顺逆结合法在小切口胆囊切除术中的应用

廉锋 贺两平^① 袁炯^②

河南省沁阳市中医院外科(沁阳 454550)

【摘要】 目的 探讨减少小切口胆囊切除术副损伤的措施。 方法 采用顺逆结合法小切口胆囊切除术,两次辨认胆囊管、胆囊动脉再断扎。 结果 90 例无 1 例副损伤。 结论 采用顺逆结合法,通过两次辨认胆囊管、胆囊动脉,可减少或避免对胆道、血管的损伤。

【关键词】 小切口 顺逆结合法胆囊切除术

中图分类号 R657.4

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)02-0184-02

腹腔镜胆囊切除术以其创伤小、病人痛苦轻、术后恢复快的优势得到迅速推广,但对麻醉、技术及设备要求均较高,基层医院条件往往达不到,且手术并发症也较高^[1],少数病例尚需中转开腹手术^[2],部分心肺疾病的高龄患者不能耐受气腹,故仍无法替代传统的开腹手术。如何使开腹手术创伤小、简捷安全,仍是外科界尤其是基层医院外科医生面临的重要课题。小切口胆囊切除术(Mini-cholecystectomy, MC)因切口小、暴露差易发生副损伤,特别是顺行胆囊切除术。我们于 1993 年 3 月~2001 年 10 月行胆囊切除术 112 例,其中应用顺逆结合法施行 MC 90 例,通过两次辨认胆囊管、胆囊动脉,避免了对胆道、血管的损伤。现报道如下。

临床资料与方法

一、一般资料 本组 112 例,男 36 例,女 76 例。年龄 18 岁~65 岁,平均 45 岁。术前诊断急性单纯性胆囊炎(早期)10 例,慢性结石性胆囊炎 62 例,慢性非结石性胆囊炎 18 例,胆囊息肉样病变 22 例,多发性 12 例,单发性 10 例。MC 90 例,扩大切口手术 22 例。

二、方法

1. 主要手术器械 冷光源阴道拉钩 2 把,长柄小直角钳 2 把,长柄微弯血管钳 2 把,长柄组织剪 1 把等。

2. 手术要点 全麻后,以术前 B 超提示的胆囊底体表投影向左做平行肋缘的斜切口,长 4cm~6cm,剪开腹直肌前鞘,钝性分离腹直肌入腹。4 号丝线缝吊胆囊颈部两侧作牵拉,穿刺抽吸胆囊内容物。按需要调整冷光源拉钩位置,显露 Calot 三角区。解剖游离胆囊动脉、胆囊管,各绕 4 号丝线结扎一道作标记,从胆囊底始电灼剥离至胆囊颈部时,再次辨明其解剖结构后分别断扎之。胆囊窝创面大、可疑术后渗出者,胆囊床下置引流管。

对于胆囊多发性小结石、既往有黄疸史、胆源性胰腺炎病史,或术中胆总管壁增厚、直径 $\geq 1\text{cm}$ 、可疑胆道病变者,行术中胆道造影。方法如下:游离胆囊后,断扎胆囊动脉,近壶腹部结扎胆囊管。向胆总管方向游离胆囊管 6mm~10mm,靠近壶腹部“V”型剪开胆囊管,插入用生理盐水排出空气的 8 号导尿管,钳夹导管入口处胆囊管,注生理盐水证实不漏后缓慢推注 30%~60% 泛影葡胺 20ml~30ml。术中造影 29

例,发现胆总管结石 8 例,扩大切口行胆总管切开取石、T 管引流术。术中及术后 24 小时经静脉使用抗生素各一次。

结 果

采用顺逆结合法小切口胆囊切除术 90 例中,最初有 1 例胆囊管汇入右肝管而误将之认为胆囊管、1 例胆囊管过短误将胆总管认为胆囊管、1 例胆囊管从左侧汇入肝总管误将其认为胆囊管、1 例将迷走右肝动脉误认为胆囊动脉,经再次辨认均避免了副损伤。预防性置腹腔引流 3 例,术后 48 小时内拔除。术后 6 小时拔胃管,8 小时~12 小时进流食 64 例,12 小时~24 小时进流食 26 例。术后 3 天~5 天出院。扩大切口行相应手术 22 例:Calot 三角严重瘢痕粘连 5 例, Mirizzi 综合征—II 型 3 例,胆囊与网膜及横结肠广泛粘连 4 例,胆囊壁局限性增厚,冰冻病理胆囊癌 2 例,术中造影发现胆总管结石 8 例。

讨 论

医源性胆管损伤是胆囊切除术的严重并发症。主观上由于术者疏忽或技术错误,客观上由于病人肥胖、解剖变异、局部炎症、Calot 三角区解剖关系不清,尤其是在顺行胆囊切除时,极易将不扩张的肝总管或胆总管误认为胆囊管切断。在美国,胆囊切除术胆管损伤发生率为 0.2%~0.5%^[3],腹腔镜胆囊切除术胆管损伤发生率为 0.32%~1.4%,周玉坤等报道 MC 胆管损伤发生率为 0.34%^[4]。为减少副损伤,我们采用顺逆结合法行 MC,针对造成胆管损伤的主、客观因素,两次辨认胆囊管、胆囊动脉再断扎,避免了胆道及血管等副损伤。

一、本术式的优点 1. 切口小、痛苦少、术后恢复快、住院时间短 2. 胆囊颈部缝线吊牵、胆囊减容,一定程度上弥补小切口术野小的不足 3. 胆囊管、胆囊动脉绕线标记,两次辨认再断扎,避免副损伤,还可防止小结石被挤入胆总管。肝外胆道的解剖变异较多,术前难有规律可循,术中必须仔细解剖辨认,本组有 4 例因胆囊管、胆囊动脉解剖异常,最初误认,断扎前再次辨认后得以纠正 4. 术中胆道造影,可避免漏诊漏治。

二、扩大切口手术问题 本组 112 例中,扩大切口手术 22

① 河南省沁阳市西向医院外科(沁阳 454550)

② 北京大学第三医院外科(北京 100083)

例,其原因有:术前询问、分析病史不详尽,误将一些曾有过胆囊化脓、穿孔以及反复发作的重症胆囊炎病例行 MC,手术时粘连、解剖不清,胆囊结石被挤入胆总管,强调‘宁开腹、勿损伤’原则。因此,对欲行 MC 者,应严格掌握手术适应证;手术前复查 B 超,以了解胆总管内有无结石;术中轻柔操作,避免过分牵拉、挤压胆囊。

三、适应证与禁忌证:适应证:1. 急性单纯性胆囊炎(早期)2. 慢性结石性或非结石性胆囊炎3. 胆囊良性腺瘤或息肉样病变。选择病例时注意症状、体征及 B 超征象:急性胆囊炎发病 72 小时以内,无弥漫性腹膜炎体征,慢性胆囊炎病人既往反复发作一过性胆绞痛,无持续发热、全腹疼痛病史,术前体检胆囊区无或仅有轻微压痛。B 超显示胆囊界限清楚,胆囊底低于肋下缘,无严重的肝、胰疾病。相对禁忌证:1. 过于肥胖2. Mirrizis 综合征3. Calot 三角瘢痕重,不易分离4. 右上腹粘连较重5. 可疑胆囊恶性肿瘤6. 胆囊积脓、坏疽、穿孔7. 合并胆总管结石8. 伴有肝硬化、门脉高压症9. 高位胆囊(胆囊底位于肋缘上 5cm 以上)。

四、注意事项:1. 术者亲自挑选器械,长度不小于 25cm,应比较细、弹性好2. 术前 B 超明确胆囊底体表投影位置,以

定位小切口,保证能充分暴露 Calot 三角区3. 选用全麻以达满意的肌松4. 术中根据需要调整冷光源拉钩位置,保证良好的照明5. 分离 Calot 三角时,不用电刀以免灼伤胆道及血管6. 有出血时吸净,保持术野清晰,勿盲目钳夹7. 胆囊动脉和胆囊管绕标记线后,勿过分提拉,两次辨认胆囊管、胆囊动脉,是避免副损伤的关键8. 因病变或技术因素手术困难时,应果断扩大切口。

参 考 文 献

- 1 黎介寿,吴孟超,黄志强,主编.手术学.普外科卷.北京:人民军医出版社,1996.681-689.
- 2 吴建斌,赵成功,金宏达,等.腹腔镜胆囊切除术并发症的防治.中国实用外科杂志,1996,16:408-409.
- 3 黄志强主编.现代腹部外科学.长沙:湖南科学技术出版社,1995.511.
- 4 周玉坤,蔡珍福,丁建民,等.小切口胆囊切除术 31 例严重并发症的临床分析.肝胆外科杂志,1999,7:35-36.

(2002-02-04 收稿)

(2002-04-24 修回)