

# 胆囊切除应慎用小切口—— 208 例小切口胆囊切除术的临床分析

汪宏 文刚

合肥市第一人民医院普外科(合肥 230061)

【内容提要】 报道 1995 年 5 月~2001 年 10 月小切口胆囊切除术 208 例,并发症 10 例,并发症率 4.8%(10/208),其中腹腔内出血 1 例,胆总管横断 1 例,胆漏 2 例,胆总管残留结石 3 例,胆囊管残留过长 3 例。认为小切口胆囊切除术应慎用。

【关键词】 小切口; 胆囊切除术

中图分类号 R657.4

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2003)06-0528-02

小切口胆囊切除术(Minicholecystectomy, MC)是 20 世纪 80 年代初期由 Duboi's 首先报道<sup>[1]</sup>,以后逐渐在国内一些医院开展起来。自 20 世纪 90 年代初,腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy, LC)引进国内后,MC 明显降温。LC 开展初期,由于医生的经验不足,技术不够熟练,手术指征掌握不严,导致临床上出现一些并发症,有的是很严重的并发症,从而束缚一些医院 LC 的开展,使 MC 的温度有所回升。我院 1995 年 5 月~2001 年 10 月开展 MC 208 例,出现各种并发症 10 例(4.8%),现报道如下。

## 临床资料与方法

一、一般资料 本组 208 例,男 68 例,女 140 例。年龄 16 岁~82 岁,平均 51 岁。术前查体:均无黄疸、胆管炎临床表现。B 超未发现胆总管结石和胆总管扩张。急性胆囊炎胆囊结石 70 例,慢性胆囊炎胆囊结石 132 例,胆囊息肉样病变 6 例。

二、方法 8 例全麻,其余均为连续硬膜外麻醉。切口选择在右肋缘下 1cm,作平行于肋弓的斜切口,以此第 9 肋下缘与腹直肌外缘相交处为中心,长 4cm~6cm,切开腹直肌前鞘,向内牵开腹直肌,钝性分离腹内斜肌和腹横肌,或电灼切断。进腹后见胆囊张力大者,先切开胆囊减压。一般先分离胆囊管和胆囊动脉,给予结扎,胆囊管暂不切断,用电刀或剪刀自胆囊底部分离胆囊至胆囊管,切断胆囊管移去胆囊。胆囊管残端双重结扎,胆囊床无明显渗血或胆漏者不予缝合,术毕不置引流,逐层关腹。

## 结 果

本组 198 例恢复顺利,10 例发生并发症(4.8%)。包括 1 例术后腹腔内出血,10h 后再次手术,证实为胆囊床渗血。1 例胆总管横断,术中当时发现,立即延长切口行胆总管端端吻合,T 管引流

术,术后 6 月拔除 T 管,随访 2 年,未出现胆管狭窄和结石再生。2 例术后胆漏,其中 1 例再次手术,发现为迷走胆管漏,予局部缝合,胆总管置 T 管引流;另 1 例局部置管引流,每天引出胆汁 300ml~500ml,引流 20 天后,逐渐减少,痊愈出院。6 例术后仍腹痛,经 ERCP 检查,发现 3 例胆总管残留结石,其中 1 例术后第 2 天出现黄疸,高热,经保守治疗无好转,1 周后再次手术切开胆总管取石,T 管引流;另 2 例胆总管残留结石,1 例经 ERCP + EST 取石成功,1 例因结石较大,无法取出,本人要求转外地治疗,失去随访。3 例胆囊管残留过长,在劳累或进油腻食物后有阵发腹痛,症状较轻未再次手术。

## 讨 论

传统的开腹胆囊切除术(Open cholecystectomy, OC)操作简单,暴露好,并发症少,死亡率低,疗效好。但对腹壁损伤较大,术后切口疼痛明显,对机体的创伤较大,恢复较慢,同时腹壁留下一较长的切口疤痕。MC 只是切口比 OC 短小,但手术视野暴露差,操作难度大,术中不能充分探查腹腔,易漏诊胆系及腹腔内其它病变。如果局部有粘连,解剖不清,易造成胆管损伤或胆漏,甚至胆总管横断<sup>[2]</sup>。胆总管残留结石是另一较严重的并发症,其原因是切口小,胆总管不能充分探查,漏诊一些胆总管小结石。另外,将胆囊结石挤入胆总管内也不少见。从本组资料来看,3 例发生胆总管残留结石,残留结石率高达 1.4%(3/208)。另外,逆行切除胆囊因怕损伤胆总管往往胆囊管残留过长,甚至次全切除胆囊<sup>[3]</sup>。为较好的显露胆囊三角,必须用棉垫,拉钩用力将肠管拉开,导致病人腹腔干扰较大,部分脏器被膜损伤,术后切口疼痛也很明显,恢复较慢。从本组的并发症来看,MC 的胆道损伤和胆漏已达 1.4%(3/208)加上 1.4% 胆总管残留结石,远远高于 OC 和 LC,即使是很有经验的医生,由于受暴露的限制,也

会出现上述并发症。方永平等<sup>[4]</sup>分析 21 例医源性胆管损伤的原因,认为胆道解剖异常,局部病理因素,术中出血及麻醉欠佳,病人体形等为客观因素;而人为因素是主要的。21 例胆管损伤中,16 例由高年资医师实施,原因是过分自信,草率,盲目追求小切口造成。张晓弟等<sup>[5]</sup>总结医源性胆管损伤 24 例的临床资料,认为手术适应证掌握不严,麻醉不满意,术中出血及术野显露不佳是引起胆管损伤的一个原因;局部解剖变异,盲目自信,追求小切口,经验不足是引起胆管损伤的另一因素。

我们认为,MC 切口稍短于 OC,但对机体的创伤远远高于 LC。多家资料统计的结论认为,从创伤程度与术后恢复角度上看,LC 明显优于 MC<sup>[6,7]</sup>。MC 严重的并发症应引起大家的重视。胆囊切除病人应首选 LC,大多数学者认为 LC 可取代 90% ~ 95% 的 OC<sup>[8]</sup>。在没有条件做 LC 的医院可以考虑适当做 MC,但病人要经过严格的选择,术前详细了解胆系情况,如胆囊息肉,单纯胆囊结石或慢性胆囊炎,局部有无明显粘连。体形较瘦,腹壁脂肪较薄者可以做 MC,但也不能过分强调切口的短小,最好手术者的一只手可以进入腹腔,这样暴露较好,也易于探查和操作,同时也可以避免一些不必要的并发症,术中发现不宜操作的问题要及时延长切口。对于

LC 术中需要中转开腹的患者,千万不要采用小切口,因为此时的胆系情况可能比较复杂,必须暴露清楚,在直视下操作,OC 可以作为 LC 的补救措施。切口的大小及位置应根据具体情况而定,切不可过分强调小切口而增加手术并发症。

## 参 考 文 献

- 1 王少林. 小切口胆囊切除术的体会. 上海医学, 1995, 18: 592 - 593.
- 2 张光全. 小切口胆囊切除术 500 例报告. 中华医学杂志, 1995, 7: 246 - 247.
- 3 胡进勇. 小切口胆囊切除术胆管损伤的预防. 交通医学, 2001, 15 (1): 62 - 63.
- 4 方永平, 练涛峰, 黄华容, 等. 医源性胆管损伤 21 例临床分析. 实用医学杂志, 2001, 17(1): 66 - 67.
- 5 张晓弟, 李政安, 王萍, 等. 小切口胆囊切除术中医源性胆管损伤的原因及预防. 陕西医学杂志, 2001, 30: 265 - 266.
- 6 李金龙, 陈勇, 李荣祥, 等. 腹腔镜及大小切口胆囊切除术创伤反应对比研究. 肝胆胰外科杂志, 2001, 13(1): 18 - 20.
- 7 金慧涵, 徐决, 戴途, 等. 腹腔镜小切口及普通开腹胆囊切除术比较分析. 南京铁道医学院学报, 2000, 19: 277 - 278.
- 8 曹月敏, 主编. 腹腔镜外科学. 石家庄: 河北科技出版社, 1999. 267 - 330.

( 收稿日期 2002 - 03 - 27 )

( 修回日期 2003 - 05 - 20 )