

· 临床论著 ·

腹腔镜胆囊切除术在急性胆囊炎中的应用

郭定炯 龚迪和 洪德飞^①

(浙江省慈溪市人民医院普通外科, 慈溪 315300)

【摘要】 目的 评价急性胆囊炎中应用腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的方法和疗效。 方法 回顾分析 1998 年 8 月~2003 年 8 月 LC 治疗急性胆囊炎 201 例。 结果 本组均于入院 24 h 内行 LC。完成 LC 192 例(95.52%), 中转开腹 9 例。手术时间 40~150 min, 平均 85 min。随访 2~12 个月, 无并发症。 结论 急性胆囊炎中应用 LC 难度大、变异多, 但只要严格掌握手术适应证和手术技巧, 在基层医院开展 LC 是可行的。

【关键词】 急性胆囊炎; 腹腔镜胆囊切除术

中图分类号 R657.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2005)04-0288-02

Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis Guo Dingjiong*, Gong Dihe*, Hong Defei. * Department of General Surgery, Cixi People's Hospital, Cixi 315300, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate techniques and effects of laparoscopic cholecystectomy (LC) in patients with acute cholecystitis. **Methods** We retrospectively reviewed 201 cases of acute cholecystitis treated by LC from August 1998 to August 2003. **Results** All the cases were operated on within 24 hours after admission. Laparoscopic cholecystectomy was completed in 192 cases (95.52%) and a conversion to open surgery was required in 9 cases. The duration of operation was 40~150 min, with a mean of 85 min. Follow-up for 2~12 months found no complications. **Conclusions** Application of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis is difficult because of diverse anatomic variations from the normal. But it is still feasible in primary hospitals provided that surgical indications and operative procedures are strictly followed.

【Key Words】 Acute cholecystitis; Laparoscopic cholecystectomy

随着腹腔镜技术和设备发展, 手术经验不断积累, 腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)已逐渐成为急性胆囊炎的首选手术方式。我院自 1998 年 8 月~2003 年 8 月共完成各类 LC 320 例, 其中急性胆囊炎 201 例(62.81%), 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 201 例, 男 69 例, 女 132 例。年龄 28~83 岁, 平均 49.3 岁。均有右上腹或剑突下疼痛, 其中胆绞痛 52 例, 胀痛、钝痛 149 例, 右肩或右肩胛下区放射痛 112 例, 伴发热、寒战 64 例。发病至手术时间 1~12 d, 平均 6.7 d。体格检查: 体温 $>37.4^{\circ}\text{C}$ 者 64 例, 皮肤巩膜轻度黄染 7 例(其中 2 例术中胆道造影提示胆总管结石)。均有右上腹压痛, Murphy 征阳性, 49 例右上腹反跳痛或肌紧张。实验室检查: 白细胞计数 $(10\sim20)\times 10^9/\text{L}$ 187 例, $>20\times 10^9/\text{L}$ 14 例, 丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶、直

接胆红素、碱性磷酸酶升高者 33 例。B 超检查: 结石性胆囊炎 192 例, 其中胆囊颈或胆囊管结石嵌顿 38 例, 萎缩性胆囊炎伴结石 1 例, 非结石性胆囊炎 9 例。胆囊壁均见多个分层及模糊的边缘, 胆囊壁增厚 $>5\text{ mm}$ 60 例, 胆囊多发细小结石伴胆囊管直径 $>0.3\text{ cm}$ 2 例, 所有病例均未见胆总管结石。诊断: 急性结石性胆囊炎 192 例, 非结石性胆囊炎 9 例。术后病理诊断: 急性胆囊炎 109 例, 急性化脓性胆囊炎 74 例, 急性坏疽性胆囊炎 18 例。

1.2 方法

于入院 24 h 内经抗炎、支持等术前准备行 LC 术。采用常规四孔法。静吸复合麻醉后胃肠减压。术中对 Calot 三角广泛粘连、“冰冻样”改变, 萎缩性胆囊炎, 胆囊床纤维化, 稍加分离即出血者, 行胆囊大部切除术^[1]。对病程中有黄疸史或急性胰腺炎, 术前 B 超提示胆囊管直径 $>0.3\text{ cm}$ 伴多发细小结石或胆总管直径 $>0.8\text{ cm}$, 术前肝功能检查直接胆红素或碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶升高不能用胆道外病变解释者, 术中做胆道造影^[2,3]。造影剂为

38% 泛影葡胺加庆大霉素 8 万单位。

2 结果

本组 201 例中完成 LC 192 例(95. 52%), 其中 11 例行腹腔镜下胆囊大部切除术; 中转开腹 9 例, 其中 Calot 三角解剖不清、周围致密粘连 5 例, 胆总管结石 2 例, Mirizzi 综合征 1 例, 局部出血 1 例。术中胆道造影 9 例, 其中 2 例因胆总管结石转开腹行胆总管切开取石。手术时间 40 ~ 150 min, 平均 85 min。住院时间 4 ~ 16 d, 平均 6 d, 无切口感染。随访 2 ~ 12 个月, 平均 5. 7 个月, 未发现胆漏、胆道狭窄、胆道结石、腹腔脓肿等并发症, 无死亡。

3 讨论

目前, LC 是治疗慢性胆囊炎、胆囊结石的“金标准”, 但急性胆囊炎因其局部炎症严重、胆囊壁增厚水肿、脆弱易渗血、粘连严重、结构不清等特点, 一度成为 LC 的相对禁忌证。在基层医院, 急性胆囊炎比例较高, 本院为 62. 8%(201/320)。因此, 如何安全有效地开展急性胆囊炎的腹腔镜手术, 在基层医院尤为重要。

3.1 手术时机的选择

任何急性胆囊炎 LC 前, 均应对胆囊局部及周围情况作出恰当的评估。如有发热, 尤其是 $> 39^{\circ}\text{C}$ 的高热, 胆囊局部炎症严重, 甚至化脓坏疽。反复发作且胆囊壁厚度大于 5 mm, 抗生素无显效者, 胆囊局部也有同样的变化。本组 64 例发热患者中, 需顺逆结合才能剥离胆囊床者有 15 例。11 例胆囊大部切除中, 即有 8 例发病时间 $> 72\text{ h}$ 且有发热病史, 2 例有发热病史, 萎缩性胆囊炎 1 例; 反复右上腹痛病史者 7 例, 首发 4 例。而 4 例更因发病时间 $> 72\text{ h}$, 且反复高热, 局部炎症严重无法完成 LC 中转开腹, 教训深刻。因此, 对反复高热, 持续腹痛, 白细胞明显升高持续 72 h 以上, B 超报告胆囊壁厚 $> 5\text{ mm}$ 以上, 抗生素无明显疗效, 并有多次发作史的急性胆囊炎, 要提高警惕。这类病例若发作 $> 72\text{ h}$, 胆囊常出现化脓、坏疽, 甚至发生胆囊周围积液, Calot 三角粘连致密, 操作极易出血。对这些病例最好选择在发作 72 h 以内手术。而对一般的急性发作, 时间可不限制。

3.2 手术操作体会

急性胆囊炎胆囊与邻近大网膜、胃肠往往有粘连, 可钝性或锐性小心分离。Calot 三角解剖是 LC 的关键, LC 的严重并发症亦大多由此操作不当引起。以分离钳、冲洗管等器械做钝性分离组织的方法值得提倡。分离钳或撑或撕或挤、冲洗管边冲边吸边推, 类似彭氏多功能解剖器^[4], 对解剖 Calot 三角, 避免胆管、血管损伤极为有利。对张力高, 不能

夹持牵引的胆囊, 可先在底部无血管区穿刺减压^[5], 便于牵引并扩大手术视野。对胆囊结石嵌顿者, 尽可能将结石推入胆囊腔内, 仍有困难可在嵌顿结石上方靠近胆囊侧剪一小口, 取出结石, 以便解剖出足够多的胆囊管长度供施放钛夹之用。当 Calot 三角解剖困难时, 可逆行或顺逆结合剥离胆囊床, 显露胆囊管施夹。对胆囊管粗厚者, 做套扎或缝扎处理。如果 Calot 三角广泛粘连, “冰冻样”改变, 萎缩性胆囊炎胆囊床纤维化, 稍加分离出血较多等, 行部分胆囊切除术。对胆囊床创面渗血, 我们先用大功率电凝, 用盐巾压迫数分钟, 若无效, 采用明胶海绵加生物胶处理胆囊床创面。

B 超对于胆总管阳性结石的诊断率为 70% 左右^[6]。因此, 对于可疑病例, 做选择性胆道造影是必要的。本组 2 例 B 超漏诊胆总管结石。因此, 对符合造影标准的 LC 行术中胆道造影, 避免漏诊胆总管结石。

胃肠减压和术后腹腔引流对于急性胆囊炎的 LC 十分必要。急性胆囊炎发作时, 由于局部炎症渗出的刺激, 胃肠蠕动减弱, 往往导致胃肠胀气, 可置管, 以免影响手术视野。同样, 由于急性胆囊炎炎症、水肿, 创面渗血渗液多, 有时甚至有胆漏, 有些困难的 LC 需切开胆囊造成污染, 腹腔引流有利于及时观察引流物的性状和量, 发现和处理术后意外的胆漏、出血, 及时排出腹腔内积液。因此, 我们常规放置腹腔引流管, 一般 48 小时可拔除。

随着急性胆囊炎 LC 的开展, 其成功率逐年提高。我院达 95. 52%。但是, 我们也应该清醒地认识到, LC 还不能完全替代传统的开腹手术。中转开腹手术并不意味着失败。对于胆囊三角水肿粘连不能分辨三管、发现 Mirizzi 综合征、术中出血难以控制、高度怀疑有胆管损伤者, 要毫不犹豫中转开腹, 这是急性胆囊炎 LC 成功的保障。

参考文献

- 1 周全胜, 周运平, 杨立宇, 等. 胆囊炎腹腔镜胆囊大部切除术治疗急性慢性胆囊炎. 中国微创外科杂志, 2002, 2(1): 56.
- 2 洪德飞, 李君达, 蔡秀军, 等. 胆道造影在腹腔镜胆囊切除术中的特殊价值. 中华肝胆外科杂志, 1998, 4(2): 101-103.
- 3 李根丛, 李宏, 鲍生甫. 选择性术中胆道造影在腹腔镜胆囊切除术中的应用. 肝胆胰外科杂志, 2000, 12(1): 45-46.
- 4 李君达, 洪德飞, 蔡秀军, 等. 急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术. 中华急症医学杂志, 1998, 7(2): 427-428.
- 5 蔡秀军, 李立波, 宋向阳, 等. 特殊类型腹腔镜胆囊切除术. 中国实用外科杂志, 1998, 18(6): 346-347.
- 6 何三光, 夏志平, 田利国. 中国外科专家经验文集. 沈阳: 沈阳出版社, 2000. 900-901.

(收稿日期 2004-01-02)

(修回日期 2004-09-16)