

· 临床论著 ·

急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术适应证与术式研究

吴玉江

(浙江省湖州市中心医院普外科,湖州 313000)

【摘要】 目的 探讨急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术的适应证及方法。 方法 回顾分析 78 例急性胆囊炎的腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的临床资料。65 例胆囊颈部结石嵌顿,顺行切除 47 例,逆行切除 19 例,大部切除 12 例。 结果 74 例手术成功,4 例中转开腹,61 例放置引流管,手术后 24~48 h 拔除。术后平均住院 4.8 d。1 例灼伤肝总管致术后胆漏,经开腹置 T 管 6 个月治愈。无其它严重并发症。 结论 除少数病例(如 Mirizzi 综合征Ⅲ型及Ⅳ型、胆囊埋入或大部埋入肝内者及怀疑并发胆囊癌者)外,急性胆囊炎病人在发病后 48 h 内,应用顺行、逆行或大部切除等方法,可以安全施行 LC。

【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)04-0290-02

Indications and surgical methods of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis Wu Yujiang. Department of General Surgery, Huzhou Central Hospital, Huzhou 313000, China

【Abstract】 Objective To investigate indications and surgical methods of laparoscopic cholecystectomy (LC) in the management of acute cholecystitis. Methods Clinical data of 78 cases of acute cholecystitis treated by LC were retrospectively analyzed. Stones were impacted in the neck of the gallbladder in 65 cases. An anterograde cholecystectomy was performed in 47 cases, a retrograde cholecystectomy in 19 cases, and a subtotal cholecystectomy, in 12 cases. Results The laparoscopic operation was successfully accomplished in 74 cases, whereas a conversion to open surgery was required in 4. An abdominal drainage was used in 61 cases and was removed 24~48 hours after the surgery. The mean length of postoperative hospital stay was 4.8 days. Postoperative biliary leakage occurred in 1 case because of an injury of the common hepatic duct by electrocauterization, which was cured by open surgery with T-tube drainage for 6 months. No other severe complications happened. Conclusions With the exception of a small number of cases (such as Mirizzi's syndrome type III or IV, the gallbladder totally or partially embedded in the liver, or suspected carcinoma of gallbladder), anterograde, retrograde or subtotal laparoscopic cholecystectomy can be safely applied to these with acute cholecystitis within 48 hours after the onset.

【Key Words】 Acute cholecystitis; Laparoscope; Cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)已开展 10 余年,但对急性胆囊炎(acute cholecystitis, AC)的 LC 治疗仍存在争议^[1]。本文回顾总结 1998 年 3 月~2003 年 12 月 78 例 AC 施行 LC 的临床资料,对手术适应证及术式的选择进行探讨。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 78 例,男 12 例,女 66 例。年龄 18~72 岁,平均 35.4 岁。病程 2 个月~38 年。病史中发作时均无高热、黄疸,疼痛可自行缓解或经短期应用抗生素及解痉、消炎等处理而缓解。术前右上腹痛再次发作 11~68 h,平均 33.4 h。均伴恶心、呕吐等胃肠道症状,53 例有低热(37.8~38.3℃),均有右上腹压痛,45 例有肌紧张、反跳痛, Murphy 征阳性 28 例可触及肿大的胆囊。62 例白细胞升高至 $(10.2 \sim 16.4) \times 10^9/L$,中性粒细胞均有不同程度升高(78%~91%)。术前 B 超示胆囊 9.1~12.2

cm,平均 10.7 cm;壁增厚 0.3~1.3 cm,平均 0.56 cm。23 例表现为“双重征”,结石单发 21 例,多发 57 例。65 例提示胆囊颈部结石嵌顿,直径 0.8~3.5 cm,未见肝内外胆管扩张及结石征象。

1.2 手术方式

1.2.1 顺行切除 适用于胆囊张力相对较低、Calot 三角解剖关系尚清,或虽有颈部结石嵌顿,经减压后结石退回体部,Calot 三角解剖关系仍清晰者。如胆囊管水肿、增粗,应施 11 mm 钛夹,或用 7 号丝线先预结扎,再施钛夹。本组 47 例。

1.2.2 逆行切除 适用于 Calot 三角区水肿明显、解剖欠清者。如颈部结石嵌顿及胆囊张力高,先予减压(胆囊底前面),吸除胆囊内积液(可为积水、积脓或墨绿色稠厚胆汁),再分离胆囊床。应于水肿的浆膜层下疏松组织内紧贴胆囊壁分离,对稍粗的血管等索带,均应施钛夹后贴胆囊壁电凝切断。胆囊管仍以前述方法处理,如果胆囊管过短,可保留少量 Hartmann 袋壁,如施夹困难,可予套扎或缝扎。肝下置多孔引流管。本组 19 例。

1.2.3 胆囊大部切除 如 Calot 三角解剖不清、粘连紧密,可自壶腹部行胆囊大部切除,明确无胆囊-肝总管瘘(Mirizzi 综合征Ⅲ或Ⅳ型),则以碘酒破坏残留胆囊壁黏膜,也可用电凝铲(Berci 铲)电灼处理,缝闭胆囊管开口,肝下置多孔引流管,其前端达 Winslow 孔。本组 12 例。

1.3 术后处理

麻醉清醒后拔除胃管与导尿管,继续使用抗生素 2~3 d,另给止血剂。切口疼痛明显者,可适当使用镇痛剂(口服或肌注)。腹腔引流管视情况于术后 24~48 h 拔除。

2 结果

74 例 LC 手术成功。4 例中转开腹(顺行 2 例,逆行 2 例),其中 1 例为顺行切除手术结束前吸除肝下积血时不慎致夹闭胆囊动脉残端的钛夹脱落、出血,被迫开腹止血;另 3 例三角区粘连严重,解剖不清,开腹行胆囊大部切除。肝总管灼伤致术后胆漏 1 例,手术后 20 h 发生胆汁性腹膜炎,经开腹置 T 管半年而愈。手术时间 40~150 min,平均 85 min。术后病理诊断急性胆囊炎单纯性 35 例,化脓性 24 例,黏膜灶性坏死 19 例。未发生肠损伤、继发出血、膈下脓肿等并发症。术后住院 3~5 d,平均 4.8 d。

3 讨论

3.1 关于适应证

AC 因胆囊壁充血水肿明显,术中渗血较多,胆囊张力高,夹持困难等,一直被列为 LC 的绝对禁忌^[2]。随着经验的积累,这种状态虽有改变,但仍存在争议,有些腹腔镜专家仍把 AC 列为 LC 的相对禁忌^[3]或相对适应证^[4],尤其把 Calot 三角解剖结构不清、粘连紧密视为中转开腹无可非议的指征^[5]。国外有学者认为^[6],AC 早期水肿明显,充血较轻,LC 手术安全有效,住院时间短,并发症少;中后期水肿充血明显,粘连重,手术难度大,反不安全。在 AC 开腹胆囊切除术(open cholecystectomy, OC)中,观察到早期 AC 由于胆囊壁浆膜下疏松组织内水肿明显,反使胆囊壁与肝床更易剥离而便于手术;经保守治疗 2~4 周后再行手术时,由于粘连与出血,给分离造成困难,增加手术难度。因此,AC 特别是早期者(发病时间 24~48 h 内),只要有手术指征,不应列为 LC 的禁忌。本组自急性发作至手术为 11~68 h,平均 33.4 h。有人甚至提出无选择性 LC^[7]。至于 Calot 三角区解剖结构不清者,亦可逆行切除或大部切除^[8],只要技术娴熟、经验丰富,是能够安全完成手术的。本组 1 例结石巨大(直径 3.5 cm)且嵌顿于 Hartmann 袋内者,压迫及遮挡了肝总管、胆囊管,当逆行分离大部切除胆囊,结石掉入内囊袋后,方能解剖到肝总管与胆囊管,完成手术。但对 Mirizzi 综合征(Ⅲ型及Ⅳ型)、胆囊埋入肝内或大部埋入肝内者以及怀疑并发胆囊癌者,仍以

OC 为宜。

3.2 关于手术方法

除操作技巧与视觉 LC 不同于 OC 外,完成手术的过程二者无大差异,甚至镜下所能观察到的部位更多。因此,我们认为 OC 中可行的各种方法(顺行、逆行、大部切除等)均可用于 LC。

3.3 注意事项

合理、正确运用各种器械,选择恰当的解剖标志,操作谨慎、耐心,保持术野清晰,是保证手术成功、防止意外发生的关键。特别当三角区结构欠清时,应以胆囊壶腹部(Hartmann 袋)为标志,紧贴胆囊壁钝性谨慎分离,切忌强行撕扯、盲目使用电凝。如三角区粘连紧密,分离困难,应适时改逆行切除或适当放宽胆囊大部切除指征,以避免肝外胆管或血管的损伤。本组 1 例肝总管损伤者,即系 AC 初行 LC 时一味顺切,水肿的三角区使用电凝不慎所致,应引以为戒。胆囊减压开口以底部前壁为宜,减张后便于夹持开口,以免结石或残余胆汁漏出,即使不能夹持,亦便于缝合,并利用缝线作牵引。已安置钛夹处尽可能不用吸引器抽吸,如有出血或积血,应冲洗后在远离创面处吸除,以免钛夹脱落。凡术中曾减压或分破胆囊、或行胆囊大部切除者,标本均装入内囊袋取出。如结石多,可先以取石钳取出大部分结石,结石大者,用取石钳钳碎取出(上述操作均应将内囊袋开口端拉出腹外,取石钳在囊内操作)。

3.4 关于引流管放置

放置引流会减少、减轻术后吸收热,利于病人恢复,还有助于早期发现术后出血、胆漏等并发症,并可使这些并发症引起的不良反应相对局限化,减轻对病人的损害。本组 1 例并发灼伤肝总管致术后胆漏者,没有放置引流管,开腹后发现伤口直径仅约 1 mm。乳胶引流管组织相容性好,柔韧,不易打折,引流效果好。手术后 24~48 h 引流量少于 10 ml,且无胆汁引出,即可拔除。

参考文献

- 1 巴明臣,毛静熙,陈训如,等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术方法.中华肝胆外科杂志 2000 6:388-389.
- 2 Moore MJ, Bennett CL. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg, 1995, 170:55-59.
- 3 曹月敏,张万星,谭文科,等.354 例腹腔镜胆囊切除术无胆道损伤的体会.中国微创外科杂志 2002 2:48-49.
- 4 曹月敏,主编.腹腔镜外科学.石家庄:河北科学技术出版社,1999.270-271.
- 5 陈训如,罗丁,李胜宏,等.腹腔镜胆囊切除术并发症的预防.中华医学杂志,1996,76:392-393.
- 6 Hawasli A. Timing of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Laparoendosc Surg, 1994 4:9-16.
- 7 吴声堂,高绪仲,汪家坤.腹腔镜胆囊切除术适应证的探讨.中国微创外科杂志 2002 2:38-39.
- 8 伍冀湘,梁杰雄,邱立新,等.腹腔镜腹部手术临床应用 117 例.中国微创外科杂志 2002 2:36-37.

(收稿日期 2004-05-28)

(修回日期 2004-08-30)