

腹腔镜胆囊切除术中肝外胆道变异及对策

党登峰 王 彤^①

(兰州铁路中心医院外一科, 兰州 730000)

【摘要】 目的 总结腹腔镜胆囊切除术中(laparoscopic cholecystectomy, LC)肝外胆道变异时避免损伤的方法。 方法 回顾分析 4 612 例 LC, 发现肝外胆道变异 11 例, 其中胆囊管异常增粗(直径 > 6 mm) 3 例, 胆囊颈管开口变异 6 例, 副肝管 2 例。 结果 中转开腹手术 68 例, 胆道损伤 2 例, 术后胆漏 3 例, 大出血 2 例。 结论 肝外胆道变异是引起胆道损伤的主要原因之一, 严格执行操作常规, 精细解剖胆囊三角, 确切辨认各管道关系, 必要时行胆管穿刺造影, 可预防胆道损伤。

【关键词】 胆道变异; 胆道损伤; 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)08-0672-02

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)术中遇到肝外胆管解剖变异, 如处理不当将造成严重后果, 以致危及患者生命。我院 2000 年~2005 年 2 月行 LC 4 612 例, 其中肝外胆道变异 11 例, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 4 612 例, 男 2 271 例, 女 2 341 例。年龄 24~78 岁, 平均 48.3 岁。胆囊结石、慢性胆囊炎 2 574 例, 胆囊息肉样病变 139 例, 急性胆囊炎胆囊结石 1 899 例。发作时间 12~72 h 内行 LC。全部病例行 B 超 2~3 次/例, CT 检查 1 356 例, 术中造影 424 例, ERCP 或 MRCP 442 例, 合并胆总管结石 36 例。术中胆管探查并取石 16 例, 术后 EST 20 例。术前检查无一例报告胆道变异。

1.2 方法

行气管插管麻醉 2 510 例, 硬脊膜外下腔连续麻醉 2 102 例。采用四孔法 2 411 例、三孔法 2 201 例。术中暴露胆囊三角, 有粘连时钝性或锐性结合分离。切开肝十二指肠韧带, 辨认胆总管、肝总管、胆囊颈管及胆囊动脉无误后施行钛夹。

2 结果

中转开腹手术 68 例。术后发生严重并发症 7 例, 其中胆道损伤 2 例, 术后胆漏 3 例, 腹腔大出血 2 例。术中见肝外胆道变异 11 例, 其中胆囊管异常增粗 3 例(胆囊管直径 > 6 mm)。胆囊管汇入右肝管 4 例, 其中汇入肝外右肝管 3 例, 术中见胆囊三角关系紊乱, 胆囊颈管上移, 胆囊壶腹与肝总管粘连, 其中 2 例分离过程将胆总管损伤; 汇入肝内右肝管 1 例, 术中发现胆囊在正常位置, 分离所谓胆囊三角解剖出右肝管(误认为胆囊管)及胆囊动脉, 扩大分离范围, 辨认走向及肝总管关系, 因各管关系不清放

弃 LC 中转开腹手术, 并行胆管穿刺造影, 确定胆囊管经过肝组织与右肝管相通。胆囊管低位汇入肝总管 2 例, 胆囊管贴近肝总管后方下行并粘连。术中遇见副肝管 2 例, 1 例汇入胆总管中段, 直径约 2 mm 与胆颈管相当; 1 例汇入胆囊颈, 直径约 2 mm。2 例术中切断后有胆汁逸出放置引流, 术后 14 d 无胆汁引出拔管后治愈出院。

10 例胆道变异随访 6~18 个月。1 例 1 年后行二次胆道成形手术; 1 例胆囊管低位汇入胆总管, 1 年后胆管狭窄合并结石行胆肠吻合术, 其余均正常。

3 讨论

肝外胆道损伤是 LC 最严重的并发症之一, 文献报道其胆道损伤率为 0.2%~0.5%, 胆囊管变异是造成肝外胆道损伤的主要原因之一。我们所见到的肝外胆道变异的共同特点是: ①患者多是结石合并慢性胆囊炎, 反复发作, 局部组织多粘连或充血水肿, 解剖关系不清, 加之分离过程中出血更加难以辨认清楚各管道。②胆囊动脉没有因胆囊管位置变化而变化, 因而术中不能以胆囊动脉作为参照相邻管道为胆囊颈管。③肝外胆道变异, 胆囊三角变形或消失。本组 7 例并发症多与肝外胆道变异有关。术中严格遵守操作原则和步骤, 预防胆道损伤, 我们体会有以下几点。

3.1 术中清楚显露胆囊三角后, 紧贴胆囊壶腹部分离胆囊管, 分离必须轻柔, 预防肝外胆管撕裂。我们坚持紧贴胆囊颈部来分离胆囊管, 将胆囊三角分离清楚, 显露出胆总管、肝管、胆囊管、胆囊动脉, 辨认无误后施夹切断。本组 3 例胆囊管增粗, 普通钛夹(4 mm)难以完全夹闭胆囊颈管, 且大号钛夹易损伤其肝外胆管, 胆囊三角难以分离, 胆囊动脉显露困难。术中施夹应贴近壶腹侧以免损伤胆总管, 必要时可用打结器结扎。我们遇见 1 例胆囊管粗约 7 mm, 长 6 mm, 将其提起时, 胆总管被提起, 上下分离

肝总管及胆总管见肝总管位于胆囊壶腹后侧约 4 mm 直径,分析原因可能是慢性炎症使局部解剖关系改变和胆囊管开口于总管前壁,壶腹左移,如不认真辨认极易损伤。

3.2 在胆囊管异位患者,胆囊三角消失或变形,其中的管道有可能是肝管。我们体会沿着胆囊壶腹找胆囊颈管多能辨认,如有严重粘连,可行术中胆管穿刺造影以明确胆管和颈管走行。术中造影耗时 5 ~ 10 min,技术要求不高,并发症少,易操作,同时对判断胆管残余结石有帮助。本组 2 例胆管损伤,都是在胆颈管开口异常,壶腹与总管粘连,干扰术者的辨认,误将胆管损伤。

3.3 急性炎症胆囊三角充血水肿,胆囊颈管与肝外胆管粘连时不宜一味去寻找胆囊颈部与肝外胆管间隙,可用分离钳在胆囊颈部水肿疏松的浆膜下分离至胆囊颈管,再辨认总管与颈管之关系,以免损伤肝外胆道。Calot 三角区内侧常有副肝管或迷走胆管从中穿行,避免向内过多解剖,就可以避免对这些胆管的分离,减少损伤机会。

3.4 适当放宽中转开腹指征 对胆囊三角解剖不清或“冰冻三角”胆囊萎缩、粘连,或者不明管道,建议中转开腹手术有可能降低胆道和变异胆管的损伤。

3.5 副肝管损伤的预防 首先思想上应熟悉肝外胆道的各种变异。常见的有副肝管汇入肝总管,汇入右肝管,汇入胆囊管,汇入胆囊颈部,汇入胆总管及胆囊管汇入副肝管。术中分离胆囊三角除胆囊管、胆囊动脉外不随意切断任何途径胆囊三角的管道。避免损伤汇入右肝管、肝总管,胆总管的副肝管。分离和游离各管道时应少量钩起组织电凝切断,以闭塞纤细的副肝管。

总之,肝外胆道变异是腹腔镜胆囊切除术中危险因素之一,术中应慎之又慎。

参考文献

- 1 Flum DR, Chead A, Prael C, et al. Bile duct injury during cholecystectomy and survival in Medicare Beneficiaries. JAMA, 2003 290 2168 - 2173.
- 2 王庆,秦明放,勾承月,等. 万例腹腔镜中转开腹原因分析. 中国微创外科杂志 2003 3 488 - 489.
- 3 邓贵生,张孟尚,秦建民. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的处理和预防. 肝胆外科杂志 2000, 8 291 - 292.
- 4 王宁. 肝外胆道损伤的治疗和处理. 中华肝胆外科杂志 2004, 10 80 - 82.
- 5 陈训如. 如何安全的完成腹腔镜胆囊切除术. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10 783 - 784.

(收稿日期 2005 - 03 - 29)

(修回日期 2005 - 06 - 28)