

腹腔镜胆囊切除术常见并发症的预防 (附 480 例报告)

赵小安 薛永进

(陕西省勉县九冶医院外科,勉县 724207)

中图分类号:R657.406

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2005)08-0681-01

我院 2000 年 3 月~2004 年 8 月施行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)480 例,均取得了满意效果。中转开腹 22 例,中转率为 4.6%(22/480),无大出血、胆管损伤等严重并发症发生。现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 480 例,男 110 例,女 370 例。年龄 19~78 岁,平均 49.1 岁。慢性结石性胆囊炎 349 例,慢性结石性胆囊炎急性发作 91 例,充满型结石及胆囊萎缩 31 例,胆囊息肉样病变 9 例。合并肝囊肿 1 例,慢性阑尾炎 1 例,卵巢囊肿 1 例。有腹部手术史 35 例,其中上腹部 3 例,下腹部 32 例。

1.2 方法

全麻。三孔法 165 例,四孔法 315 例。第 1 戳孔在脐部的下缘或上缘穿入(由原腹部手术切口与穿刺点距离决定),建立气腹,置入 10 mm trocar,腹腔镜直视下穿入其它套管常规手术。Calot 三角分离,胆囊动脉与胆囊管钛夹夹闭切断,胆囊床分离胆囊与娩出胆囊。

2 结果

458 例完成 LC,合并肝囊肿、慢性阑尾炎、卵巢囊肿者,均在 LC 的同时顺利进行腹腔镜肝囊肿开窗引流术、阑尾切除术及卵巢囊肿切除术。中转开腹 22 例,其中胆囊三角处严重粘连 15 例,胆总管内结石 2 例,胆囊管内结石嵌顿 2 例,Mirizzi 综合征 2 例,胆囊癌 1 例。全组无胆管损伤、肠管损伤、大出血等严重并发症。

3 讨论

3.1 穿刺时并发症的预防

置入第 1 个 trocar 时,用 2 把巾钳在切口两侧提起前腹壁,可以避免手提腹壁穿刺时因腹壁从手中滑脱或腹壁提起不充分造成腹腔血管、肠管损伤。对于原手术切口紧贴脐部者,做一小切口直视下置入 trocar,然后在腹腔镜直视下穿入其它套管。

3.2 解剖 Calot 三角时并发症的预防

①胆管损伤:主要是胆管的撕裂、横断和电凝烧灼^[1]。先仔细观察胆总管的位置和走行^[2],沿胆囊壶腹分离,尽量分离至胆囊壶腹的前后壁与肝脏的相连处,稍做钝性分离,就能显露胆囊壶腹与胆囊管之间明显变细部位,由此处沿胆囊管再稍做钝性或锐性分离,即可显露、钛夹夹闭、剪断胆囊管。采用钝锐结合的方法进行分离,尤其遇 Calot 三角有粘连时,多用钝性分离,少用锐性分离。时刻牢记使用电钩时不靠近肝外胆管,以防肝外胆管烧伤。夹闭胆囊管时轻拉胆囊,尽量使胆囊处于自然位置,以防误夹胆总管及肝总管,同时也有利于确定夹闭胆囊管在合适位置。②胆囊动脉出血:主要是分离该动脉周围组织时过度撕裂、钛夹松脱等。用电钩分离时每次钩起的组织要薄要少,动作轻柔,确认无血管再切断,看清胆囊动脉后,稍做分离即可上钛夹,不使其“骨酪化”^[3],用电钩切断时尽量远离钛夹^[4]。遇 Calot 三角解剖有困难时(本组 15 例)果断中转开腹。

3.3 分离胆囊粘连时并发症的预防

尽量采取四孔法(本组 315 例),紧贴胆囊,且钝锐结合的方法分离,锐性分离的组织要薄要少,幅度要小,要看到电钩切割的全过程,对于致密粘连及时中转开腹,以防大网膜血管、肝脏、肠管的损伤。

3.4 分离胆囊床时并发症的预防

常见为肝脏损伤、迷走胆管损伤、迷走胆囊动脉出血等。预防措施:①分离胆囊时,先沿胆囊肝脏交界处进行,再向胆囊床中心方向切除,以防交界处肝脏撕裂。②用钝锐结合的方法分离胆囊,对必须处理的索带状组织,尽可能上钛夹。

参考文献

- 1 郑成竹.腹腔镜胆囊切除术常见并发症分析及预防.肝胆胰外科杂志 2001,3(1):3-4.
- 2 王广义,刘亚辉,刘瑾琨,等.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的预防对策(附 600 例分析).临床外科杂志 2001,5(3):137-138.
- 3 宗明,汤朝晖.腹腔镜胆囊切除术血管损伤的原因探讨(附 33584 例报道).中国微创外科杂志 2002,2(1):44-45.
- 4 马万里,王芳,刘杰,等.腹腔镜胆囊切除术 Calot 三角的处理体会.中国微创外科杂志 2004,4(3):250-252.

(收稿日期 2004-12-03)

(修回日期 2005-03-11)