

· 个案报道 ·

腹腔镜切除左位胆囊结石合并胆囊积水 1 例报告

高小平 梁志平 孟 刚 王秋生^①

(包头市内蒙古医学院第四附属医院普外科, 包头 014030)

中图分类号 R657.4

文献标识 D

文章编号 1009-6604(2005)08-0688-01

左位胆囊较为罕见,最近我们遇到 1 例肝圆韧带正下方胆囊结石合并积水,经过变换主操作套管的戳口位置,加用肝圆韧带悬吊,成功实施腹腔镜胆囊切除术,现报道如下。

1 临床资料

患者女,51 岁。因反复发作性右上腹痛 1 年,伴右肩背部放散痛入院。腹痛发作多与饱餐有关,近 2 个月无腹痛发作。入院查体:巩膜皮肤未见黄染,肥胖体型,肝脏未触及肿大,右上腹无压痛,莫菲氏征阴性。术前肝功能等生化检查均正常。B 超提示:慢性胆囊炎,胆囊多发结石。脂肪肝,左肝多发囊肿,最大 20 mm × 12 mm。

常规术前准备后 2004 年 10 月 16 日全麻下行腹腔镜胆囊切除术。脐上缘 10 mm 纵切口 Veress 气腹针建立气腹 12 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。经脐部戳口置入 10 mm trocar 及腹腔镜,探查见肝左叶肥大、肝圆韧带及镰状韧带肥厚、脂肪堆积,胆囊积水、张力明显。分别于剑突下肝镰状韧带右侧、右锁中线肋缘下、右腋中线肋缘下插入 10、5、5 mm trocar。置入器械进一步探查见胆囊呈瓷白色与网膜有轻度粘连,胆囊明显肿大(1.5 cm × 0.6 cm × 0.5 cm)。于胆囊底部电灼小孔减压,抽出白色胆汁约 50 ml 后见胆囊床位于左肝、肝圆韧带正下方。由于剑突下主操作孔很难操作,而且肝圆韧带脂肪堆积,严重影响视野,故将主操作孔移至左锁骨中线肋缘下,经剑突下戳口用布条将肥大的肝圆韧带吊起使胆囊周围的视野大为改观。牵起减张后的胆囊底部,电钩分离胆囊周围粘连后发现胆囊颈部有一结石嵌顿,遂逆行切除胆囊^[1],常规处理胆囊管与胆囊动脉,置肝肾间隙引流后结束手术。手术时

间 1 h,出血 10 ml。术后剖检胆囊标本:大小 1.25 cm × 0.45 cm,壁厚 3 mm,黏膜萎缩、纤维化,如同白牛皮纸,内有多面体结石 10 枚,直径约 10 mm,1 枚嵌顿于胆囊颈部且与囊壁粘着。术后恢复佳,术后第 2 天腹腔引流量 5 ml,拔除引流无异常。术后 3 d 出院。病理报告:慢性胆囊炎、胆囊积水。

2 讨论

胆囊位于左半肝罕见^[2-3]。此例肝左叶肥大,肝左叶巨大囊肿,胆囊巨大积水,故手术显露、操作十分困难。常规剑突下主操作孔由于左肝阻挡,而且胆囊偏左,原有戳口极难操作。故在左锁中线肋缘下再建主操作孔,经左肝脏面置入器械操作方便可行。经剑突下戳口用布条将肥大的肝圆韧带悬吊,起牵引作用,虽增加 1 个戳口,但更利于操作。胆囊巨大积水确实无法抓持、显露时,可放水减压,但应注意保护避免污染腹腔。利用冲洗/吸吸管进行胆囊腔内灌洗可减少污染机会。对于解剖变异、粘连,合并左肝肥大、胆囊积水、肝囊肿的病人,选择合适的部位果断建立第 5 孔,灵活应用各戳口器械的功能,能起到良好显露、操作方便、减少副损伤的效果。

参考文献

- 1 黎介寿,吴孟超,黄志强,主编.手术学全集:普通外科卷.北京:人民军医出版社,1996.676-677.
- 2 毛静熙,陈训如.异位胆囊的腹腔镜切除术.中华肝胆外科杂志,2000,6(3):165.
- 3 张朝佑,主编.人体解剖学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998.405-406.

(收稿日期 2004-11-03)

(修回日期 2005-01-18)