

肝硬化患者的腹腔镜胆囊切除术 72 例分析

卢朝德 蔡邢峰 汤卫国

(南通市第三人民医院普外科,南通 226006)

【摘要】 目的 探讨肝硬化患者施行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)的安全性。**方法** 回顾性分析 2002 年 7 月~2007 年 3 月 72 例 Child-Pugh A、B 级肝硬化行 LC 的临床资料。全麻,四孔法,气腹压力 8~12 mm Hg。**结果** 71 例完成 LC(顺行切除 67 例,逆行切除 4 例),其中 6 例行胆囊大部分切除;因胆囊三角区致密粘连中转开腹 1 例。手术时间 35~105 min,平均 51 min;出血量 5~60 ml,平均 12 ml;术后住院时间 3~11 d,平均 5.6 d。术后出现腹水 7 例,穿刺孔出血 1 例。71 例随访 3~18 个月,平均 12 个月,临床症状消失,无结石复发及残留。**结论** 在充分做好术前准备,恰当的术中及术后处理的情况下,肝硬化病人行 LC 是安全的,对于肝功能 A、B 级须切除胆囊者应首选 LC。

【关键词】 肝硬化; 腹腔镜胆囊切除术; 胆囊结石

中图分类号:R657.4;R575.2

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2008)06-0546-02

Laparoscopic Cholecystectomy for Hepatic Cirrhosis: Report of 72 Cases Lu Chaode, Cai Xingfeng, Tang Weiguo. Department of General Surgery, Third People's Hospital of Nantong, Nantong 226006, China

【Abstract】 Objective To evaluate the safety of laparoscopic cholecystectomy (LC) for patients with hepatic cirrhosis.

Methods We retrospectively analyzed the clinical data of 72 patients with hepatic cirrhosis (Child-Pugh's grads A or B). The patients received LC between July 2002 and March 2007. Under general anesthesia, the operation was preformed with four trocars and an intra-abdominal pressure of 8 to 12 mm Hg. **Results** LC was completed in 71 of the patients (antegrade in 67 and retrograde in 4), 6 of them received subtotal cholecystectomy. One patient was converted to open procedure because of dense adhesion at the Calot triangle. The operation time was 35 to 105 minutes (mean, 51 minutes); blood loss ranged from 5 to 60 ml with a mean of 12 ml. The patients were discharged 3 to 11 days (mean, 5.6 days) after the operation and were followed up for 3 to 18 months (mean, 12 months). After the operation, 7 patients developed ascites, and 1 had hemorrhage at the puncture site. During the follow-up, all patients were free of biliary symptoms, no residual or recurrent liver stone was found. **Conclusions** LC is safe for patients with liver cirrhosis, and should be the first choice for Child-Pugh's grads A or B patients. Proper preoperative preparation and intra- and postoperative treatments are critical for the surgical outcomes.

【Key Words】 Hepatic cirrhosis; Laparoscopic cholecystectomy; Cholecystolithiasis

肝硬化病人胆囊结石发病率较高,为正常人群的 2~5 倍^[1],由于肝硬化病人特殊的病理生理改变,使得针对这类病人的胆囊切除术难度大增,术中术后容易出现并发症,曾一度被列为腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)的禁忌证^[2]。我院 2002 年 7 月~2007 年 3 月对 72 例合并肝硬化者施行 LC,取得比较满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 72 例,男 58 例,女 14 例。年龄 27~62 岁,平均 43 岁。72 例均为慢性乙型肝炎后肝硬化,Child-Pugh 肝功能分级为 A 级 64 例,B 级 8 例。术前均经彩超或 CT 明确诊断,8 例胆总管直径 0.8~1.2 cm,MRCP 排除胆总管结石及梗阻。胆囊息肉样病变 5 例,息肉大小 0.5~1.6 cm,数量 1~3 枚(切除指征:有症状者;无症状但单个息肉≥1 cm,年龄≥50 岁,B 超发现不断增大者)。胆囊结石 67 例,结石大小 0.3~2.5 cm,平均 1.2 cm;合并结石嵌顿 6 例。术前胃镜或食管吞钡检查 6 例轻度食管静脉曲张。B 超、CT 及 MRCP 检查未发现肝门部明显侧支循环血管。有下腹部手术史 5 例,上腹部手

术史 2 例。5 例术中发现存在肝硬化。脾脏轻度肿大 20 例;少量腹水 4 例;总胆红素(TBIL)升高 3 例,分别为 24、25.6 及 29.2 μmol/L(正常值 5.1~19 μmol/L),均为急性发作者。7 例丙氨酸转氨酶(ALT)升高至 41~92 U/L(正常值≤40 U/L)。

病例选择标准:①年龄<65 岁,无明显器质性心肺疾病;②肝功能处于代偿期,无肝炎活动;③无明显脾功能亢进和食管静脉曲张表现;④排除肝占位病变;⑤TBIL≤34 μmol/L,白蛋白(ALB)≥30 g/L,凝血酶原时间(PT)≤16 s。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前常规检查,护肝治疗,补充维生素 K₁,有腹水者予以利尿,补充白蛋白和血浆,有黄疸者退黄治疗。有右上腹痛或合并结石嵌顿则同时应用抗生素及解痉治疗。肝功能异常者先保守治疗待符合条件时再手术。

1.2.2 手术方法 急诊手术 5 例,其余 67 例择期手术。全身麻醉,常规采用“四孔法”。气腹压力 8~12 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。第一穿刺孔位于脐下方或右侧,先用气腹针(Veress 针)穿刺建立气腹后,再用 trocar 穿刺,另外 3 个孔位于剑突下偏右和右肋缘下方,镜下引导穿刺,避开肝圆韧带。

助手牵拉胆囊底或体部,术者左手持无损伤宽头抓钳而不用弹簧钳。自胆囊壶腹部向胆囊管分离,尽量靠近胆囊进行剥离。遇胆囊床出血时先用小块干纱布压迫数分钟,仍有出血则上钛夹。胆囊管及胆囊动脉近端用可吸收夹夹闭。退镜前逐一观察各穿刺孔有无出血。最后,先退 trocar 后退镜,同时观察脐部穿刺孔内是否出血。引流管经剑突下孔送入,从最右侧孔拉出接负压球。

2 结果

镜下见肝脏均有不同程度的硬化改变,呈大结节硬化改变 53 例,小节节硬化改变 19 例;55 例肝右叶缩小,左外叶代偿性增大,4 例尾叶明显增大;有少量腹水 6 例。术中见胆囊壁水肿 61 例,其中胆囊肿大 16 例;胆囊萎缩变小 5 例。71 例完成 LC (67 例顺行切除胆囊,4 例为逆行切除),其中 6 例因胆囊与肝脏界线不清行胆囊大部切除;1 例因胆囊三角区致密粘结构不清而中转开腹。35 例术中放置肝下引流管。手术时间 35 ~ 105 min,平均 51 min;术中出血量 5 ~ 60 ml,平均为 12 ml。7 例术后少量腹水,经继续术前相关治疗,4 ~ 6 d 后消失。术后肝功能检查 10 例一过性转氨酶升高,ALT 最高为 128 U/L,AST 最高为 83 U/L。术前 3 例 TBIL 升高者,术后 1 周内降至正常。术后 1 例脐部穿刺孔出血,经重新缝合出血停止。肝下引流管 24 小时引出淡血性液体 10 ~ 180 ml,平均 20 ml,均于术后 2 ~ 4 d 拔出引流管。无腹腔感染和腹腔出血,无胆道损伤和胆漏发生,无肝功能衰竭。术后住院 3 ~ 11 d,平均 5.6 d。71 例随访 3 ~ 18 个月,平均 12 个月,临床症状消失,无结石复发及残留。随访期间 B 超提示胆总管较术前有扩张 27 例,直径 0.6 ~ 1.2 cm,平均 0.9 cm。

3 讨论

对于一般患者而言,LC 以其创伤小、恢复快、痛苦轻、住院时间短等诸多优点,早已成为外科治疗胆囊良性疾病的首选方法^[3]。但对于合并肝硬化患者来说,其解剖与病理方面的改变,明显增加了手术的难度和风险^[4],所以这部分患者在腹腔镜早期阶段一直被列为 LC 的禁忌证。近年来,由于腹腔镜技术发展突飞猛进,在某些专业领域早已超越了肝硬化患者 LC 的技术难度,所以我们认为腹腔镜手术的安全与否,在很大程度上取决于操作者的本身技术熟练程度和操作技巧,除此之外,再加上充分的术前准备,恰当选择手术时机等综合因素,就形成了术后患者顺利恢复的重要保障。

由于肝硬化患者肝储备功能下降,对手术耐受性降低,应做好充分的术前准备:①适当补充维生素 K₁,改善机体凝血功能;②纠正低蛋白血症,消除腹水,改善肝细胞营养状况,加强营养;③充分的睡眠与休息,改善机体应激状态;④对症治疗;⑤争取肝功能达到 A 级,至少在 B 级以上,肝功能 C 级者不宜手术^[4]。

根据术者技术条件与经验来选择肝硬化患者 LC 适应证。手术初期应选择肝功能 A 级、无急性

发作、无结石嵌顿、无胆囊萎缩等相对容易的病例,待积累了一定的经验再适当放宽适应证。我们是在非肝硬化患者的各种腹腔镜胆囊手术基础上,再进行肝硬化患者 LC,其中包括急诊手术,或有胆囊萎缩或有胆囊结石嵌顿的 LC 均取得了成功。对于稍复杂些的手术均放置了腹腔引流管,以便观察术后病情变化,所以本组病例放置引流管比例较高。

手术注意事项:①术中气腹压力要降低,一般为 8 ~ 12 mm Hg,以减少对肝功能的影响。研究表明,LC 术中气腹压力 8 ~ 12 mm Hg 时,对肝功能影响很小;而气腹压力 ≥ 14 mm Hg 则对肝功能有明显影响^[5]。②尽量采用“四孔法”,术中有一把辅助钳帮助显露胆囊三角区结构,能明显缩短手术时间,而且大大降低因盲目操作造成出血的危险。注意动作轻柔防止撕裂胆总管或胆囊床。③电钩紧靠胆囊进行分离,难分离时可考虑切除大部胆囊,残留胆囊壁黏膜面电灼处理。资料显示,26.3% 人群胆囊床后面有一根肝中静脉重要分支通过,该静脉与胆囊距离不到 1 mm,42% 出现在胆囊纵轴右侧^[6]。肝硬化时该静脉分支位置更浅。为安全起见,采用“宁破胆囊不破肝”的做法是明智之举。术中遇胆囊床渗血可先用干纱布压迫,并延长压迫时间,待切下胆囊看清时再彻底止血。助手钳可夹住一块小纱布,帮助显露,既可以防误伤,又增加推挡范围,同时能压迫止血。④术中渗出的血液要冲洗干净,以减少术后腹腔感染的机会。

本组除 1 例因炎症造成胆囊三角区致密粘连,无法分离而中转开腹外,其余均顺利完成 LC。根据经验,我们认为:肝硬化患者的 LC 并不可怕,如同一般腹腔镜手术一样,既要胆大,更要心细;一个好的协作小组也是不可少的条件^[3]。术中适时中转可避免造成严重的后果。术后应该增加患者吸氧时间,必须使用抗生素预防感染,继续护肝治疗等。总而言之,对于肝功能处在 Child-Pugh A、B 级水平的肝硬化患者,LC 同样是一种安全可行的微创手术^[4],故当此类病人须切除胆囊时应首选 LC。只要技术过关,LC 比开腹手术可以获得更好的术野,因此,造成出血、误伤的机会也会更少。

参考文献

- Conte D, Fraquelli M. Close relation between cirrhosis and gall stone: crosssectional and longitudinal survey. Arch Intern Med, 1999, 159 (1): 49 - 52.
- Urban L, Eason GA, ReMine S, et al. Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis. Curr Surg, 2001, 58 (3): 312 - 315.
- 刘国礼, 主编. 现代微创外科学. 北京: 北京科学出版社, 2003. 113 - 136.
- Flores Cortés M, Obispo Entrenas A, Docobo Durántez F, et al. Laparoscopic treatment of cholelithiasis in cirrhotic patients. Rev Esp Enferm Dig, 2005, 97 (9): 648 - 653.
- 智绪亭, 张翠生, 胡三元. 腹腔镜胆囊切除术对肝脏功能的影响及研究现状. 中国微创外科杂志, 2004, 4 (6): 483 - 485.
- 梁久银. 腹腔镜胆囊切除术中复杂胆囊的技术对策. 中国微创外科杂志, 2006, 6 (10): 730 - 731.

(收稿日期: 2007 - 06 - 18)

(修回日期: 2007 - 09 - 03)

(责任编辑: 李贺琼)