

腹腔镜胆囊切除术 439 例治疗体会

阿卜杜哈力克 艾克拜尔 周贵民 克热木

(新疆和田墨玉县人民医院外一科,和田 848100)

中图分类号:R657.4

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2008)06-0568-02

我院 2004 年 10 月~2007 年 8 月共实施腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)439 例,现就如何减少并发症谈一些体会。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 439 例,男 93 例,女 346 例。年龄 20~68 岁,平均 44 岁。术前根据症状及 B 超诊断为慢性结石性胆囊炎 292 例,急性胆囊炎或胆囊积液 130 例,急性结石性胆囊炎并发胰腺炎可能(B 超检查胰腺体积增大)15 例(由于经济状况差,未行 CT 检查),慢性结石性胆囊炎胆囊萎缩 2 例(胆囊体积缩小,胆囊壁增厚,术后诊断胆囊癌)。均行 B 超、胸片、心电图检查和心肺功能测定,结合病史、临床表现和实验室检查结果,排除有肉眼黄疸、胆管扩张(B 超胆总管直径 > 1 cm)或胆管结石,或其他严重的心、肺、肝、肾等病变不能耐受全身麻醉和气腹手术的患者。74 例血清丙氨酸转氨酶(ALT)增高(60~250 U/L,平均 155 U/L),总胆红素增高(30~110 $\mu\text{mol/L}$,平均 70 $\mu\text{mol/L}$),均无肉眼黄疸,胆总管直径 ≤ 1 cm。合并高血压 28 例,糖尿病 20 例,窦性心动过

缓或心脏瓣膜关闭不全 59 例(阿托品试验、心脏 B 超检查可耐受手术),下腹部手术史 14 例。

1.2 方法

①全麻,闭合法建立气腹,气腹压 1.5~2.0 kPa。②四孔法,观察 Calot 三角的解剖关系。正确辨认三管一壶腹的关系。③显露 Calot 三角区,切开胆囊浆膜层,在胆囊动脉与胆总管之间开窗,提起胆囊底从下或从后解剖,在胆囊管上夹 3 个钛夹,于远侧钛夹之间剪断,同样方法处理胆囊动脉。钳夹已离断的胆囊管,拉向前腹壁,使胆囊浆膜处于紧张状态,分离胆囊。对于脂肪堆积伴急性炎症者或胆囊三角冰冻状粘连者,采用电凝分离和电钩或吸引器钝性推剥的方法分离脂肪组织与粘连组织。若分离胆囊管困难,可顺逆结合切除胆囊。对胆囊三角致密粘连及胆囊周围粘连严重,解剖困难,出血视野不清或怀疑胆囊癌变(胆囊壁增厚,呈灰白色,分离时易出血)时,及时中转开腹。

2 结果

74 例 ALT、总胆红素增高病人术中未发现胆总管扩张、结石。中转开腹 27 例,原因:7 例急性胆囊炎或胆囊积液;5

例胆囊三角解剖不清粘连严重;5 例胆囊床出血严重视野不清;6 例胆囊萎缩 LC 手术困难;2 例胆囊分离破裂大量结石外溢于腹腔;2 例术中分离胆囊时质硬易出血,胆囊壁灰白,考虑胆囊癌可能,我院不能做快速冰冻,故开腹行胆囊切除术,术后病理诊断胆囊癌。412 例 LC 成功,手术时间 30 ~ 120 min,平均 75 min,出血量 10 ~ 100 ml,平均 55 ml。38 例由于胆囊床有渗血及渗出置引流管,引流液 < 50 ml,均在术后 2 ~ 3 天拔除。412 例术后住院时间 3 ~ 5 d。无胆道及其他脏器损伤,无严重并发症。378 例平均随访 18.5 月(6 ~ 30 个月),无胆管狭窄、黄疸、发热等症状,3 例常有右上腹痛, B 超提示胆囊管残余结石,再次开腹手术切除残余胆囊管后症状消失。

3 讨论

3.1 合理掌握适应证

原则上胆总管畅通的需行单纯胆囊切除术的病人均可在 LC 下完成手术^[1],但在具体选择上有较大区别,如急性胆囊炎、胆囊萎缩、肥胖、有上腹部手术史等在开展 LC 初期相对禁忌。最初应严格筛选病例,多选择年轻、全身情况好、合并症少、粘连程度轻的单纯胆囊结石病例,成功后可增强开展此项业务的信心。随着临床经验的不断积累,可逐步扩大指征、稳步过渡。必须明确以下几点:① LC 不能完全替代开腹胆囊切除;② 不可盲目地扩大 LC 的适应证范围;③ 确诊或可疑胆囊恶性肿瘤者,合并胰腺炎或急性胆管炎者,原发性肝内胆管结石者应行开腹手术。

3.2 强化 LC 的规范化操作

① 气腹压应保持在 1.5 ~ 2.0 kPa。机体对气腹有一系列病理生理反应^[2],主要表现为心肺功能下降,肝肾血流减少等。我们对严重心、肺、肝、肾功能不全者非常重视,大部分病例予以放弃,本组 25 例经内科纠正后 LC 成功,注意术中不能随意增加气腹压,以免发生生命危险。② 第一穿刺孔是在盲目下进行的,处理不当会造成血管和内脏损伤,我们主张术时持续缓慢旋转进锥,切勿粗暴操作。将有上腹部手术病史,尤其术后肠粘连反复发作者列为绝对禁忌证。③ 术中操作应遵守稳、准、轻的原则。解剖 Calot 三角时应沿胆囊壁找到胆囊壶腹与胆囊管的交界部,不必向肝外胆管方向过多解剖。三角区内结构采用钝性分离法,不盲目止血以免增加损伤机会。④ 钳夹、剪断任何管道结构前务必放松牵引,反复辨认,警惕肝门结构有无先天变异及特殊病理畸形,手术开始和结束前一定要环视腹腔一周,绝不放过任何疑点。

⑤ 胆囊呈急性化脓性炎症,与周围组织广泛粘连、充血、水肿、积脓、张力大,其颈部常有结石嵌顿,胆囊管位置与胆总管行程往往难以辨认,应先行胆囊穿刺减压,此法可减少术野和腹腔污染机会。颈部结石若影响暴露,可挤压入胆囊内,如无法松动,应紧靠结石嵌顿处解剖胆囊管 0.3 ~ 0.5 cm,于胆总管侧胆囊管可仅施一枚钛夹,紧贴结石嵌顿处切断胆囊管,再按常法切除胆囊。切断胆囊管时不要使用剪刀过深,以免损伤其后方的胆囊动脉及分支^[3],总的原则是“宁伤胆囊,不伤胆管”^[4]。⑥ 胆囊动脉不可“骨骼化”,只要看清动脉走行,稍作分离即可上夹。

3.4 及时中转开腹

国内文献报道 LC 中转开腹率在 1.12% ~ 4.14%^[5],本组为 6.2% (27/439)。本地区病人大部分为少数民族,居住地偏远,医疗知识贫乏,就医条件差,多数病人反复发作多次,病程长,无法忍受时前来我院就诊,术中常发现胆囊与周围组织粘连严重,难以分离。中转开腹手术是减少并发症的重要措施,出现以下情况应及时中转开腹:① 腹腔广泛致密粘连,无法暴露肝胆区,胆囊严重粘连,可疑胆囊肠瘘或胆道瘘,胆囊三角“冰冻样”粘连;② 胆囊萎缩伴有“腊肠性”粘连,胆囊管极短,其管腔多已纤维化闭塞,Calot 三角有肿大淋巴结占据;③ 术中胆道及空腔脏器损伤;④ 镜下无法控制的出血;⑤ 可疑胆囊有恶变;⑥ 因机械故障而致影像模糊,因各种原因造成术中腹腔镜器械损坏,短时间内无法排除,致无法继续使用时应及时中转开腹^[6]。

参考文献

- 1 朱炳光,唐增杰.腹腔镜胆囊切除术 11654 例报告.中国实用外科杂志,1998,5:279.
- 2 陈训如.腹腔镜手术的并发症与对策.昆明:云南科技出版社,1997:53.
- 3 陈训如.如何做好腹腔镜胆囊切除术.临床外科杂志,2002,10(1):56.
- 4 陈建尧,蔡秀军.急性胆囊炎腹腔镜切除术 79 例临床分析.中国微创外科杂志,2004,4(1):69-70.
- 5 王庆,秦明放,勾承月,等.万例腹腔镜胆囊切除术中转开腹原因分析:附 156 例报告.中国微创外科杂志,2003,3:488-489.
- 6 陈益民,杜明意,张虎生,等.腹腔镜胆囊切除术中转开腹指征的探讨.肝胆外科杂志,2004,12(6):466-452.

(收稿日期:2007-10-25)

(修回日期:2008-03-27)

(责任编辑:王惠群)