

结石性萎缩性胆囊炎腹腔镜下切除术体会

张士虎 马朝群 朱永康 颜开明 曹仕兵 魏友松

(南京中医药大学附属医院普外科, 南京 210029)

中图分类号: R657.4

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2009)12-1156-02

结石性萎缩性胆囊炎由于炎症反复发作, 胆囊壁不断纤维化、增厚、变硬, 体积缩小, 胆囊三角解剖不清, 其经腹腔镜下切除难度大。为探讨腹腔镜下胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)治疗结石性萎缩性胆囊炎的方法及注意事项, 现回顾性分析我院 2006 年 1 月~2008 年 12 月行 LC 的结石性萎缩性胆囊炎 37 例, 总结如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 37 例, 男 13 例, 女 24 例。年龄 26~73 岁, 平均 56 岁。均有反复右上腹疼痛, 病程 2~25 年, 平均 6.8 年。无急性发作, 无发热、黄疸史。术前 B 超检查胆囊均有不同程度的缩小(胆囊 3~5 cm, 平均 3.8 cm), 囊壁增厚(0.3~1.1 cm, 平均 0.6 cm), 失去正常的轮廓和形态, 囊内充满结石, 胆汁回声区消失, 胆总管无扩张。排除胆总管结石。肝、肾功能均正常。

1.2 方法

气管内插管静脉全身麻醉, 患者取头高脚低左倾体位, 四孔法, 常规建立 CO₂ 气腹, 引入腹腔镜器械, 电凝钩锐性仔细分离胆囊周边粘连, 充分显露萎缩变形的胆囊, 从胆囊后方辨认壶腹部与胆囊管的交界部, 电凝钩自上而下先后分离后、前三角区粘连, 游离出胆囊动脉及胆囊管, 尽可能靠近胆囊处理胆囊动脉及胆囊管, 处理胆囊管时可根据具体情况采用钛夹夹闭、丝线结扎、缝扎等方法, 避免肝外胆管误伤。紧贴胆囊壁电凝钩顺逆结合切除胆囊, 胆囊解剖不清的采用逆行切除。胆囊床剥离困难时行胆囊部分切除术, 残留面用电灼。均放置腹腔引流管。术中标本常规送冰冻切片。

2 结果

本组腹腔镜下胆囊切除 34 例, 其中顺逆结合切除 16 例, 逆行切除 7 例, 部分切除 11 例, 手术时间 35~115 min, 平均 67 min, 术后住院时间 4~10 d,

平均 5.7 d; 中转开腹行胆囊切除 3 例, 其中 1 例胆囊周围广泛致密粘连, 不能辨认间隙, 1 例胆囊三角致密粘连呈冰冻三角, 镜下无法分离, 1 例损伤胆囊动脉出血难以控制。术后病理未发现胆囊癌。术后胆漏 1 例, 于术后第 2 天引流出胆汁样液体, 引流量 100 ml, 1 周后每日引流量渐少, 保持腹腔引流通畅, 于术后 10 d 拔管。余 36 例均在术后 1~2 d 拔管。37 例随访时间 7~30 个月, 平均 19.3 月。均无腹痛, 无黄疸及发热。B 超检查胆总管无结石, 无增粗和狭窄。

3 讨论

LC 早已成为治疗慢性结石性胆囊炎的“金标准”, 然而结石性萎缩性胆囊炎由于长期反复的炎性发作, 使胆囊与周围组织器官粘连, 胆囊本身萎缩, 囊壁纤维化增厚, 浆膜下层间隙消失, 同时胆囊三角内解剖关系模糊, 曾被列为 LC 手术的相对禁忌证^[1], 随着经验的积累, LC 技术的不断完善, 这一禁忌已被打破。现总结笔者 34 例结石性萎缩性胆囊炎成功切除的经验。

萎缩性胆囊炎胆囊周围一般粘连较重。首先观察胆囊周围及胆囊区粘连的程度及性质, 决定是否继续 LC, 在分离粘连时, 以能满足手术需要为原则, 不作广泛及不必要的分离。应以胆囊为中心, 少量多次, 避免大块分离。仔细辨认间隙, 贴近胆囊分离, 应灵活使用电钩和分离钳, 锐、钝性结合进行分离。当粘连致密, 无分离间隙时, 应中转开腹。

Calot 三角粘连的处理是 LC 成功的关键^[2]。我们的体会是在远离胆总管的胆囊壶腹部开始解剖, 因为胆囊壶腹部在解剖学上位置稳定, 标志比较清楚。先解剖胆囊壶腹, 分出与胆囊管交界部, 游离出其延伸段, 是确认胆囊管无可争议的技术性原则^[3]。一旦解剖出该交界部, 即可按胆囊壶腹部下缘显露法进行手术。应强调的是不必强求辨认“三管一壶腹”的解剖关系和追求一个短的胆囊管残

(下转第 1158 页)

端^[4],残留胆囊管的长度与所谓“胆囊切除术后综合征”并无直接关系^[5]。另外重视胆囊后三角的分离^[6],因后三角的粘连相对疏松,主要采用锐性分离。如果 Calot 三角粘连无法分离,可采用逆行分离的方法分离胆囊至颈管结合部。亦可直接于胆囊底部开始纵行剖开胆囊,取出结石,从胆囊颈稍上横断胆囊,提起“喇叭口”似的胆囊颈向颈管方向稍分离,如发现胆囊管结石,剪断颈管结合部,以无损伤分离钳阻断胆囊管近端,另一把无损伤分离钳将结石向断端挤压或用分离钳直接从胆囊管取出。胆囊管采用钛夹、套扎或缝扎。处理胆囊动脉时不要求对其“骨骼化”,紧靠胆囊结扎或夹闭,能与胆囊管一并处理的不要强行分离以免出血。剥离胆囊时遵循“宁伤胆,勿伤肝”的原则,萎缩性胆囊炎囊壁瘢痕化,萎缩胆囊与肝床紧密粘连,胆囊床浆膜下间隙通常完全消失,从胆囊床分离胆囊较困难,可行黏膜下切除,或不完全切除胆囊后壁,残留胆囊黏膜电凝处理,以预防术后胆漏和误伤肝中静脉的重要分支^[7]。或行胆囊部分切除术。胆漏是术后较严重的并发症。而肝下放置引流,是防治 LC 术后胆漏的重要措施。本组常规放置引流管,术后有 1 例出现腹痛、发热、引流管引出胆汁,经过保持引流通畅治愈,避免了穿刺置管或者再次手术。

同时要掌握好中转开腹的时机。中转开腹不是手术的失败,不是对术者技术水平的否定,它受病变程度、解剖变异等综合因素的影响^[8]。我们认为出现下列情况应及时中转开腹:胆囊与周围组织呈包裹性团块状粘连,伴有肝硬化,周围血管明显曲张;胆囊肠管呈“胼胝性”粘连,可疑内瘘形成;胆囊床上肝缘出现皱褶内陷;Calot 三角不可分离的致密粘连;可疑胆囊有恶变;术中损伤。本组有 3 例中转开

腹,1 例胆囊周围广泛致密粘连,不能辨认间隙,1 例为冰冻胆囊三角,镜下无法解剖分离,1 例为分离三角区时发生镜下不能控制的出血。适时中转开腹可减少和避免并发症的发生,并对已发生的副损伤进行及时处理而防止不良后果。

总之,虽然萎缩性胆囊炎行 LC 有一定难度和风险,但随着腹腔镜胆囊切除经验的积累,只要临床医师慎重仔细,操作娴熟,认真遵循相关手术原则,运用合理的方法,LC 就可以在萎缩性胆囊炎得到良好应用和广泛推广。

参考文献

- 1 郭振武,主编.实用胆囊外科.第 2 版.天津:天津科学技术出版社,1996.136.
- 2 Wu JS, Peng C, Mao XH, et al. Bile duct injuries associated with laparoscopic and open cholecystectomy: sixteen-year experience. World J Gastroenterol, 2007, 13(16): 2374 – 2378.
- 3 Yegiyants S, Collins JC. Operative strategy can reduce the incidence of major bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy. Am Surg, 2008, 74(10): 985 – 987.
- 4 Sipos P, Damrah O. Increased cholecystectomy rate in the laparoscopic era: a study of the potential causative factors. Surg Endosc, 2007, 21(7): 1245.
- 5 Filip M, Saftoiu A, Popescu C, et al. Postcholecystectomy syndrome – an algorithmic approach. J Gastrointestin Liver Dis, 2009, 18(1): 67 – 71.
- 6 李忠堂,顾伏平.胆囊后外路入路腹腔镜胆囊切除的应用.腹腔镜外科杂志, 2005, 10(1): 55 – 57.
- 7 沈柏用,李宏为,陈曼,等.腹腔镜胆囊切除术中肝中静脉分支损伤的危险因素分析.中华外科杂志, 2002, 40(1): 34 – 36.
- 8 吴德全,韩德恩,张新宇,等.主动中转开腹在腹腔镜胆囊切除术中的作用.中国微创外科杂志, 2001, 1(2): 75 – 76.

(收稿日期:2009 – 07 – 28)

(修回日期:2009 – 10 – 29)

(责任编辑:王惠群)