

# 全内脏反位行腹腔镜胆囊切除术 1 例报告

赵增双 任海生

(山西省孝义市人民医院腔镜外科, 孝义 032300)

中图分类号: R657.4

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2010)11-1055-02

全内脏反位合并胆囊结石较少见, 行腹腔镜胆囊切除仅见个案报道。我院于 2009 年 10 月行全内脏反位腹腔镜胆囊切除术 1 例, 报道如下。

## 1 临床资料

患者女, 65 岁, 间断上腹部疼痛不适 1 年, 加重 2 天入院。伴恶心、呕吐, 左肩背部酸疼不适, 无发热、黄疸、腹泻、血便。入院查体: 体温正常, 皮肤、巩膜无黄染, 心肺无异常。腹平软, 未及包块, 剑突下

及左上腹压痛(+), 反跳痛(-), Murphy 征(-), 肠鸣音正常。B 超提示内脏反位(肝脏位于左侧, 脾脏位于右侧), 胆囊约 13.4 cm × 3.6 cm, 壁厚粗糙, 形态饱满, 充满型结石影, 肝内外胆管未见扩张, 胆总管约 0.7 cm。腹部 MRI + MRCP(图 1)提示腹腔、后腹膜内脏器呈“镜像位”显影, 胆囊炎、胆囊结石, 胆道系统未见明显变异。胸片提示右位心, 心、肺、膈、肋未见明显 X 线异常。入院诊断: 胆囊结石、胆囊炎, 全内脏反位。

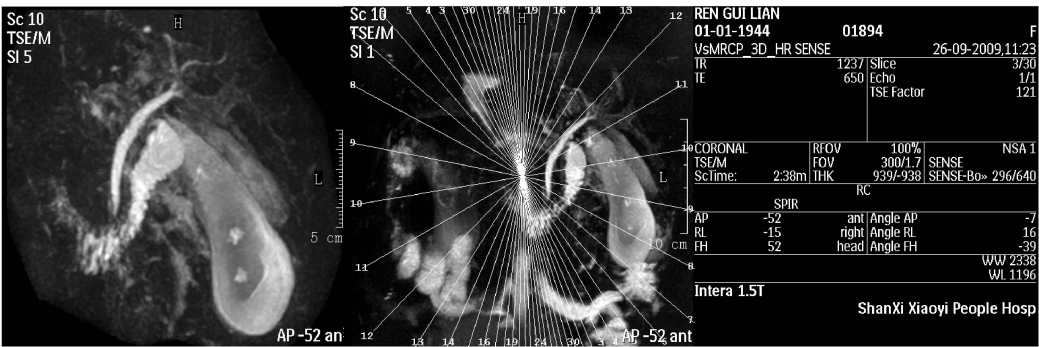


图 1 腹部 MRCP 提示腹腔、后腹膜内脏器呈“镜像位”显影,胆囊炎、胆囊结石,胆道系统未见明显变异

在气管插管全麻下行腹腔镜胆囊切除术。术者位于患者右侧,第一助手位于左侧,常规脐部戳孔形成气腹,气腹压 12 ~ 14 mm Hg (1 mm Hg = 0. 133 kPa),置入腹腔镜探查:见肝、脾、胃、肠等脏器位置左右对换,呈镜像翻转,胆囊位于左上腹肝脏胆囊床内,充血水肿,与周围网膜组织轻度粘连。于左腋前线肋缘下约 4 cm 穿刺 10 mm trocar 为主操作孔,剑突下约 2 cm 偏左、左锁中线肋缘下约 6 cm 分别穿刺 5 mm trocar,置入超声刀仔细松解粘连,暴露胆囊,见其与正常解剖胆囊呈镜像翻转,自左上向右下走行汇入胆总管,胆囊三角水肿致解剖不清。用冲洗吸引器采用刮吸法解剖胆囊三角,暴露胆囊管并用钛夹轻轻夹闭,暂不切断,然后用超声刀顺逆结合将胆囊自胆床剥离,此时胆囊三角解剖显示清晰,胆囊动脉位于胆囊管后方,生物夹结扎胆囊管、胆囊动脉并切断,切除胆囊。冲洗胆囊窝并置引流管,手术顺利结束。术中出血约 20 ml。术后恢复平稳,24 h 下床活动,进全流质饮食,48 h 拔除腹腔引流管,进半流质饮食。住院 4 d 痊愈出院。病理报告为:慢性胆囊炎、胆囊结石。

2 讨论

全内脏反位是极少见的先天性畸形,系胚胎发育过程中内脏旋转发生障碍所致<sup>[1]</sup>,多合并有其他脏器畸形,特别是胆道系统,因此,在行胆道系统手术时,要特别注意有无 Calot 三角畸形或变异,以免损伤胆管,术前行 MRCP 或 ERCP 检查对预防胆道

损伤有一定的指导意义。由于胆囊位置发生改变,术时腹腔镜设备的安放、术者及助手的位置、切除胆囊的手法均与常规方法相反<sup>[2]</sup>,给术者带来不便,因此,要求术者具有较好的方位感和扎实的内镜操作基本功。术中观察孔位于脐部不变,但主操作孔和辅助操作孔位置均发生改变,利于右利手者操作。术中因胆囊三角水肿致解剖不清,不盲目夹闭、剪断任何管状结构,采用冲洗吸引器刮吸法及顺逆结合法解剖胆囊三角,使其显示清晰,明确胆囊管、肝总管、胆总管三者的关系后切除胆囊,避免了因解剖变异而造成的副损伤及严重并发症发生<sup>[3]</sup>。只要术前详细了解病史,完善检查,综合评估手术难度,术中仔细解剖,谨慎操作,不拘泥于常规术式,全内脏反位合并胆囊结石行腹腔镜胆囊切除安全可行,可与常规腹腔镜胆囊切除取得同样满意的临床效果。

参考文献

1 李学智. 全内脏器官异位行腹腔镜胆囊切除术 1 例报告. 北京医学, 2008, 30 (9) : 548.  
2 刘伟, 江志强. 全内脏反位腹腔镜下左肝及胆囊切除 1 例报告. 中国普外基础与临床杂志, 2006, 13 (4) : 458.  
3 文军, 周总光, 舒晔. 异位胆囊的腹腔镜手术对策 (附 21 例报告). 中国普外基础与临床杂志, 2000, 6 (7) : 380 - 382.

(收稿日期: 2009 - 11 - 17)  
(修回日期: 2010 - 04 - 15)  
(责任编辑: 王惠群)