

腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石一期缝合术 56 例疗效观察

周海军 何信众 沈 彬 肖卫星

(浙江中医药大学附属嘉兴中医院普外科, 嘉兴 314001)

【内容提要】 2003 年 1 月~2011 年 4 月, 选择非急性发作的慢性结石性胆囊炎继发胆总管结石且无黄疸患者 56 例, 行腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石一期缝合术, 均获成功。并发胆漏 3 例(5%), 其中 2 例引流 2、4 d 愈合, 1 例引流不畅, 彩超引导下重新穿刺置管引流后愈合。随访 6~12 个月, 未见结石残留及胆管狭窄, 肝功能正常。

【关键词】 胆总管结石; 腹腔镜; 胆道镜; 一期缝合

中图分类号: R657.4

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2012)03-0284-02

胆道切开探查后放置 T 管是经典术式, 但可能导致一系列并发症。1996 年郑樟栋等^[1] 尝试一期缝合胆总管, 因术后胆管残石、胆漏、胆道狭窄等问题而未获得推广。近年来, 随着胆道镜的应用, 一期缝合成功应用于临床, 取得较满意的疗效。我院 2003 年 1 月~2011 年 4 月有选择性地施行腹腔镜下胆总管切开、胆道镜取石、胆总管一期缝合术 56 例, 取得较为满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 56 例, 男 19 例, 女 37 例。年龄 17~79 岁, 平均 43.4 岁。术前均有反复发作上腹痛史, 病程半年~12 年。入院时都有上腹部轻压痛, 无黄疸。术前 B 超、CT 或 MRCP 提示胆总管结石 13 例, 结石 4~15 mm, 1 枚 4 例, 2 枚 5 例, 3 枚 3 例, 4 枚 1 例; 胆总管扩张 28 例, 扩张直径 9~15 mm; 术前彩超、CT 提示胆总管可疑结石 4 例; 术前有黄疸史 2 例, 有胰腺炎史 1 例, 丙氨酸转氨酶 (ALT) 升高 4 例, 83~246 U/L (正常值 0~54 U/L) [其中合并天冬氨酸转氨酶 (AST) 升高 3 例, 76~189 U/L (正常值 0~45 U/L), 合并 γ -谷氨酰转肽酶 (GGT) 升高 1 例, 153 U/L (正常值 4~50 U/L)], 胆囊细小结石 2 例, 术前影像学提示胆总管直径 ≥ 9 mm 2 例, 以上 11 例经术中胆囊管插管造影证实有胆总管结石。

术前胆囊结石明确而胆总管结石未明确但同时有以下情况之一的选择术中经胆囊管插管造影: ①以往有黄疸史、胰腺炎史; ②肝功能肝酶轻度异常

者; ③胆囊多发细小结石且术中发现胆囊管扩张者; ④术前影像学提示胆总管直径 ≥ 9 mm。

病例入选标准: 术前要求: ①本次入院无急性发作且无梗阻性黄疸; ②无糖尿病; ③无肝硬化、低蛋白血症; ④心肺功能良好; ⑤以往无上腹部手术史。术中要求: ①胆总管解剖清楚, 直径 ≥ 6 mm, 壁无增厚; ②经胆道镜取石顺利; ③取石彻底, 镜下见 Oddi 括约肌功能良好。

1.2 方法

1.2.1 设备 常规腹腔镜设备、Olympus PHX-20 纤维胆道镜或 CHF-V 电子胆道镜及其取石网篮。

1.2.2 手术方法 ①四孔法腹腔镜胆囊切除术, 常规先解剖胆囊三角, 结扎切断胆囊动脉, 胆囊管于近胆囊侧钛夹夹闭后暂不切断, 牵引胆囊壶腹部可利于显露胆总管。②显露胆囊管汇入处偏下胆总管 1.5 cm 并穿刺证实后, 电凝或缝扎胆总管表面血管, 用专用切开刀纵向切开胆总管前壁 1.0~1.5 cm, 以能置入胆道镜探查胆管及取出结石为宜。胆道镜从剑突下主操作孔伸入, 在自制专用胆道镜引导套管 (胸腔镜 trocar 远端套上 8 cm 长胸腔硅胶引流管) 引导下探查肝内胆管各分支及胆总管, 排除肝内胆管结石, 并证实胆总管有结石, 用取石网篮逐个取出结石, 胆道镜直视下明确无残余结石, 胆总管下端通畅无新生物。③一期缝合胆总管: 用 5-0 薇乔无损伤可吸收缝线缝合, 针距和边距保持在 1 mm 左右, 运用腹腔镜专用持针器和分离钳完全腹腔镜下原位打结, 打结松紧适宜, 连续扣锁缝合, 再间断缝合胆管切开处肝十二指肠韧带浆膜层, 外涂生

物蛋白胶。④常规切除胆囊,将胆囊及装结石的标本袋从脐下主操作孔取出。冲洗术野,放置引流管于小网膜孔处,必要时胆总管前面肝下再置一根引流。

2 结果

56 例结石均位于肝外胆管,未经碎石全部取出。术后无腹腔出血、腹腔感染、胰腺炎、黄疸及胆管炎发生,术后 1 周复查彩超未发现结石残留。3 例术后腹腔引流管有胆汁引出,引流量 20 ~ 60 ml/d,其中 2 例引流通畅,无胆汁性腹膜炎发生,引流液逐日减少,术后 2、4 d 自行消失,次日复查彩超未发现腹腔积液后拔除引流管;1 例肝下置管引流不畅,胆囊窝积液,彩超引导下重新穿刺置管引流 5 天,引流液消失,复查彩超未见腹腔积液后拔管。其余 53 例于术后 1 ~ 3 d 拔除引流管。全部病例痊愈出院。术后住院 4 ~ 8 d,平均 5.3 d。56 例术后随访 6 ~ 12 个月,无腹痛、黄疸及发热,肝功能均正常。复查 B 超 39 例,MRCP 17 例,均未发现胆总管残余结石及狭窄。

3 讨论

腹腔镜胆总管探查取石后放置 T 管可以有效地防止胆漏,有利于术后胆道镜检查和处理胆道残余结石,但是长期留置 T 管有其弊端:①T 管滑出引起胆汁性腹膜炎;②T 管引起胆道梗阻或腹腔内粘连;③T 管压迫所致胆管壁缺血性坏死;④胆汁大量丢失导致电解质紊乱、食欲不振;⑤拔管时可能发生的出血、胆漏以及窦道经久不愈;⑥T 管是一种异物,可能诱发结石^[2,3]形成等并发症,使腹腔镜手术失去了“微创”的优越性。而腹腔镜胆总管切开取石一期缝合术住院时间缩短,不会发生 T 管相关并发症,但其要求较高,不仅要有腹腔镜和胆道镜等先进设备,还必须具有娴熟的腹腔镜及胆道镜操作技术。但并不是所有病人都能一期缝合,我们把握的适应证主要是:①胆总管内径 > 5 mm (< 5 mm 时胆道镜插入困难);②局限于肝外胆管结石,结石最好少于 3 颗,长径 < 1.5 cm;③术前肝功能基本正常,胆总管梗阻不明显,无急性炎性改变,胆管壁不增厚;④胆道镜直视下胆总管通畅,乳头开闭良好,必要时术中胆道造影加以证实远端通畅。我们认为的禁忌证有:①急性梗阻性胆管炎;②梗阻性黄疸,肝功能损害明显;③肝胆区致密粘连,无法显露胆总管;④胆道再次手术;⑤合并肝内胆管结石;⑥不能排除胆总

管下端有炎性狭窄或新生物。

强调胆道镜取石技术和腹腔镜下缝合技术,我们的经验是:胆总管切口宜偏下靠近十二指肠,有利于取出下段结石,切口一般在 1 cm 左右,切开前预处理表面细小血管,减少出血,有利于保持视野清晰;取石运用自制胆道镜引导套管作引导,使胆道镜顺利进出胆总管,并能固定镜身,有利于显露结石并取石,有效避免反复摩擦对胆管壁的损伤;必须运用网篮直视下取石,动作要求“轻、准、快”,避免胆管损伤及拉碎结石;遇有胆管出血可用 0.01% 去甲肾上腺素生理盐水冲洗,大多可止血;遇有胆管细小结石或血凝块可运用自制胆道镜吸附帽套在胆道镜头部,可以加强吸引,吸住小结石或血块以及胆管内的絮状物,减少结石残留复发;必须取净结石并看清胆总管下端通畅,包括 Oddi 括约肌蠕动正常,取石网篮能够顺利进入十二指肠,有的胆道镜可以直接进入十二指肠;选用 5-0 无损伤缝线,将缝针适当扳直后缝合,有利于选择合适的进出针方向;缝合时边距、针距要准确均匀,掌握在 1 ~ 2 mm 间,最好一次缝合成功,尽量避免多次进出针出现针眼漏;最好采用连续锁边缝合,一定要全层,用分离钳提拉胆管壁有利于缝合,两端需超过切口 2 mm,并间断缝合肝十二指肠韧带浆膜,做到胆管浆膜化;缝合完毕后用生理盐水反复冲洗创面,用纯白干纱布擦拭缝合处,观察有无胆漏,必要时可以加缝 1 ~ 2 针,并用生物蛋白胶涂抹覆盖加固;放置腹腔引流并确保通畅至关重要,必要时可在胆总管前后各放一根;一旦发现胆漏引流不畅,尽早行彩超引导下穿刺置管引流。

总之,选择合适病例,具备腹腔镜和胆道镜设备并具有娴熟的腹腔镜及胆道镜操作技术,行腹腔镜胆总管探查取石术后一期缝合胆管是安全、可行、有效的,既减轻了患者的痛苦及经济负担,又提高了生活质量,且不增加并发症,真正实现“微创”,实为一种理想术式,有推广应用的价值。

参考文献

- 1 郑樟栋,许龙堂,吴荣进,等.胆总管探查后一期缝合的临床研究.中华外科杂志,1996,34(8):510.
- 2 崔英军,刘庆.腹腔镜胆总管切开一期缝合治疗胆总管结石的临床应用.腹腔镜外科杂志,2009,14(10):780-781.
- 3 周汉新,彭毅,叶建宇,等.腹腔镜胆总管切开取石及内置管引流术——一种胆总管探查术后引流的新方法.中国微创外科杂志,2001,1(6):373-375.

(收稿日期:2011-04-25)

(修回日期:2011-09-27)

(责任编辑:王惠群)