

萎缩性胆囊炎 106 例腹腔镜手术治疗

余同辉 黄奕江 侯金华

(解放军第 123 医院普外科, 蚌埠 233015)

【摘要】 目的 总结腹腔镜下萎缩性胆囊炎手术治疗的技巧及经验。**方法** 2000 年 2 月~2010 年 1 月对 106 例萎缩性胆囊炎行三孔法腹腔镜胆囊切除术。**结果** 腹腔镜胆囊切除 88 例, 胆囊大部切除 12 例, 6 例行中转开腹胆囊切除(3 例因 Calot 三角致密粘连、解剖不清, 胆囊管无法分离, 中转开腹胆囊切除; 2 例胆囊与周围组织致密粘连, 分离后见十二指肠内瘘形成, 修补; 1 例胆囊颈部结石压迫右肝管造成右肝管穿孔, 行胆管整形 T 管引流术, T 管 12 个月后拔除)。术后胆漏 5 例, 保持腹腔引流通畅, 术后 7~10 d 拔除引流管。106 例随访 3~24 个月: 1 例中转开腹行胆管整形 T 管引流术, 术后 12 个月 T 管造影显示胆管黏膜连续性正常, 顺利拔除; 4 例出现轻度腹泻, 术后 3 个月内症状逐渐消失; 2 例术后轻度腹胀, 对症治疗好后转; 均无胆管狭窄、肠梗阻等术后并发症。**结论** 在细致操作及熟练的腹腔镜技术前提下, 萎缩性胆囊炎腹腔镜手术是安全、可行的, 但 Calot 三角冰冻样粘连、腹腔致密粘连或内瘘形成等复杂情况是中转开腹手术的指征。

【关键词】 萎缩性胆囊炎; 腹腔镜; 胆囊切除术

中图分类号: R657.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2012)05-0436-02

Laparoscopic Surgery for Atrophic Cholecystitis: Report of 106 Cases Yu Tonghui, Huang Yijiang, Hou Jinhua. Department of General Surgery, 123th Hospital of PLA, Bengbu 233015, China

【Abstract】 Objective To summarize the techniques and our experience on laparoscopic cholecystectomy (LC) for atrophic cholecystitis. **Methods** The clinical data of 106 patients with atrophic cholecystitis, who underwent three-port LC from February 2000 to January 2010, were retrospectively analyzed. **Results** In the 106 cases, total cholecystectomy was performed on 88 cases, subtotal cholecystectomy was carried out on 12 cases, the other 6 patients were converted to open surgery because of unclear anatomy of Calot's triangle (3 cases), internal duodenal fistula after separating the adhesion between the cholecyst and adjacent tissues (2 cases), or perforation of the right hepatic duct due to cholecystolithiasis in the gallbladder neck (1 case, "T" tube drainage was made to reform the bile duct and was not removed until 12 months later). After the LC, five patients developed biliary leakage and thus received drainage for 7 to 10 days. A follow-up for 3-24 months was achieved in 106 patients; during the follow-up, one patient received an open surgery for bile duct plasty and T-tube drainage (which was removed 12 months later when T-tube cholangiography showed normal intact mucosa); 4 patients showed mild diarrhea, which disappeared gradually in 3 months; 2 patients had mild abdominal distention, which was cured by symptomatic treatment. No bile duct stenosis, or intestinal obstruction occurred. **Conclusions** With the accumulation of experiences and improvement of technology, LC is feasible and safe for atrophic cholecystitis. Indications for conversion to open surgery include frozen Calot's triangle, severe abdominal adhesion, and internal fistula formation.

【Key Words】 Atrophic cholecystitis; Laparoscopy; Cholecystectomy

随着腹腔镜技术的普及, 腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)成为治疗胆囊结石、胆囊炎的首选, 但萎缩性胆囊炎因解剖结构复杂, 操作难度大, 一直被认为是腹腔镜手术的难点之一。我院 2000 年 2 月~2010 年 1 月行 LC 治疗萎缩性胆囊炎 106 例, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 106 例, 男 41 例, 女 65 例。年龄 20~82 岁, 平均 41.4 岁。90 例反复右上腹疼痛不适, 余 16 例无明显症状。术前 B 超检查均提示为萎缩性胆囊炎、胆囊结石, 胆囊大小(1.2~1.8)cm×(3.0~3.6)cm, 胆囊结石大小(0.5~1.6)cm×(0.5~3.5)cm。胆囊脂餐试验提示收缩欠佳 74 例, 胆囊不收缩 32 例。胆总管直径 0.4~1.0 cm, 其中胆总管直径>0.8 cm 12 例。15 例 γ -谷氨酰转移酶(γ -GT)升高至 56~350 U/L(我院正常值 1~50 U/L), 5 例丙氨酸转氨酶(ALT)升高至 45~75 U/L

(我院正常值 1~40 U/L), 3 例天冬氨酸转氨酶(AST)升高至 42~81 U/L(我院正常值 1~40 U/L)。胆总管扩张及肝酶谱异常者术前均行磁共振胰胆管造影术(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)检查排除胆管结石。

病例选择标准: ①无胆总管及肝内胆管结石; ②无麻醉、气腹禁忌证; ③无心、肺、脑、肾、严重肝功能不全; ④无怀疑胆囊癌; ⑤无上腹部手术史。

1.2 方法

气管插管全麻。仰卧位。建立 CO₂ 气腹, 压力 8~14 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 常规三孔法。萎缩性胆囊一般 Calot 三角内纤维化、间隙小、解剖多变异, 用分离钳钝性分离三角区粘连, 游离出胆囊管及胆囊动脉, 尽量靠近胆囊用钛夹夹闭, 镜下套扎或缝扎处理胆囊管, 尽量靠近胆囊分别钛夹夹闭胆囊动脉分支, 避免肝外胆管误伤。萎缩性胆囊炎胆囊床间隙通常消失, 严重者胆囊陷入肝脏, 对这样病理改变的胆囊宜行胆囊大部分切除术^[1], 先切除其前壁, 取出结石, 后壁残存的黏膜可用刮匙刮除或

石碳酸、碘酊烧灼破坏,术毕于文氏孔常规置放腹腔引流管。

2 结果

LC 成功 88 例(83.0%, 88/106),手术时间 30 ~ 90 min,平均 50 min;术后住院时间 3 ~ 7 d,平均 4 d。胆囊大部切除 12 例,手术时间 45 ~ 102 min,平均 76 min;术后住院时间 6 ~ 9 d,平均 7.2 d。6 例中转开腹胆囊切除,手术时间 87 ~ 180 min,平均 115 min;术后住院时间 6 ~ 16 d,平均 10.1 d,其中 3 例因 Calot 三角致密粘连、解剖不清,胆囊管无法分离,中转开腹胆囊切除;2 例胆囊与周围组织致密粘连,分离后见十二指肠内瘘形成,行修补;1 例胆囊颈部结石压迫右肝管造成右肝管穿孔 0.3 cm,行胆管整形 T 管引流术。术后胆漏 5 例,均于术后第 2 天引出胆汁样液体,引流量 30 ~ 120 ml,以后逐日渐少,保持腹腔引流通畅,术后 7 ~ 10 d 拔除。106 例随访 3 ~ 24 个月:1 例中转开腹行胆管整形 T 管引流术,术后 12 个月 T 管造影显示胆管黏膜连续性正常,顺利拔除;4 例轻度腹泻,术后 3 个月内症状逐渐消失;2 例术后轻度腹胀,对症治疗后好转;均无胆管狭窄、肠梗阻等术后并发症。

3 讨论

3.1 萎缩性胆囊炎 Calot 三角的病理解剖特点

萎缩性胆囊炎因长期慢性炎症刺激,胆囊体积缩小,囊壁纤维化增厚并与周围组织或器官致密粘连,部分病例胆囊床间隙消失,胆囊内无胆汁,仅存留结石。由于胆囊体积缩小,囊壁增厚变硬,并逐渐纤维化,致 Calot 三角严重粘连,甚至呈“冰冻状”粘连,故萎缩性胆囊炎是引起 Calot 三角及胆囊周围粘连甚至解剖不清的原因之一,且后者也是中转开腹的主要原因。因此,术者应熟悉 Calot 三角的病理解剖特点,对萎缩性胆囊炎腹腔镜手术十分重要。

3.2 严格掌握手术适应证

目前,LC 虽已成熟,但萎缩性胆囊炎病例选择不当,术前准备不充分,胆囊粘连,解剖变异,操作不娴熟,稍不慎就可能出现严重并发症^[2,3]。因此,对经验不成熟的术者首先选择一些病史短,临床症状轻,肝功能正常,B 超检查胆囊大小正常,胆囊壁透声好,胆囊壁不厚,胆囊结石可随体位移动的胆囊结石行 LC,待经验积累后开展复杂困难的 LC,即使遇到复杂的胆囊,成功的几率也大一些。

3.3 萎缩性胆囊炎处理的重要环节

①萎缩性胆囊炎胆囊管的处理:萎缩性胆囊炎因长期慢性炎症导致胆囊体积缩小,囊壁增厚变硬及纤维化,致 Calot 三角严重粘连,甚至呈冰冻状粘连,可先从胆囊外三角区域解剖,有利于明确胆囊管与肝总管的关系;分离胆囊管时,采取“宁伤胆、勿伤管”的原则,若胆囊管解剖难以辨认,可于内外三角处寻及一间隙,在两间隙间发现类似“白色管状”结构时紧靠胆囊实施钛夹夹闭、镜下套扎或缝扎胆囊管,亦可切开胆囊取出结石,在胆囊腔内寻找及辨认胆囊管。术中应注意胆囊壶腹内侧常与肝总管或

右肝管“粘连融合”,强行在胆囊三角区做胆囊颈管解剖分离时,易损伤胆管,我们曾遇 1 例右肝管穿孔,中转开腹。当胆囊三角形成坚硬的致密粘连,直接解剖胆囊三角非常困难,很容易损伤周围的正常结构,可逆行胆囊切除,进入胆囊三角后向下方牵拉胆囊展开胆囊三角,可使用电凝钩精细解剖,紧贴胆囊壁进行分离,逐步游离出胆囊管。②萎缩性胆囊炎胆囊动脉的处理:胆囊动脉大多分前后 2 支,解剖出胆囊管后,胆囊动脉前后支一般稍加分离即可清楚显露;处理胆囊动脉的原则是靠近胆囊壶腹方向游离出胆囊动脉,在其近端双重施夹,紧靠胆囊处电切离断;离断组织时尽量紧靠胆囊壁,这样即使胆囊动脉被切断出血,因其残端较长,很容易钳夹或压迫止血。胆囊动脉越靠近末端其管径越小,出血量也相对较小,出血也就容易控制^[4],当胆囊动脉自胆囊管前方进入胆囊时,应先处理胆囊动脉后处理胆囊管。对于胆囊动脉的处理不宜过分追求动脉分离“骨骼化”^[5],过度分离易于撕裂脆弱的胆囊分支血管,且不易夹牢血管;若胆囊动脉与胆囊管完全并行,或分出分支进入胆囊管,均不必强行分离,可直接上钛夹连同胆囊管处理。③萎缩性胆囊炎胆囊床的处理:萎缩性胆囊炎胆囊床与肝脏之间的疏松结缔组织间隙不明显或消失,分离时应用电凝钩少量多次剥离胆囊,剥离浅易分破胆囊,剥离深易造成切入肝实质而引起大出血,特别是损伤胆囊床后肝中静脉的重要分支^[6],此时用电凝钩在距肝实质 0.5 cm 打开胆囊壁,先将结石取出,然后行胆囊大部切除,残留于胆囊床上胆囊壁用电凝破坏黏膜,再用碘伏纱布涂擦,对胆囊床少量渗血者可填塞明胶海绵,置腹腔引流。

3.4 正确对待中转开腹

中转开腹原因有以下几点:①胆囊与胃、十二指肠、横结肠致密粘连;②Calot 三角呈“冰冻状”改变,间隙消失;③分离粘连时创面渗血过多,难以控制。我们认为中转开腹原因主要为 Calot 三角解剖不清、致密粘连。因此,必须重视经验的积累,耐心操作,严格掌握适应证,把握好中转手术的时机,并做好围手术期的处理,萎缩性胆囊炎行 LC 是可行的。

参考文献

- 1 冉瑞图,沈 魁,黄志强,等主编.胆道手术学.第 1 版.沈阳:辽宁科学技术出版社,1987.5.
- 2 Giger U, Michel JM, Vonlanthen R, et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis indication technique risk and outcome. *Langenbecks Arch Surg*, 2005, 390(5):373-380.
- 3 Savassi-Rocha PR, Almeida SR, Sanches MD, et al. Iatrogenic bile duct injuries: A multicenter study of 91,232 laparoscopic cholecystectomies performed in Brazil. *Surg Endosc*, 2003, 17(9):1356-1361.
- 4 龚连生,刘 恕,张阳德,等.胆囊三角冰冻的腹腔镜胆囊切除术. *中国内镜杂志*, 2001, 7(2):50-52.
- 5 刘 勇,刘道同,龚建平,等.腹腔镜胆囊切除术出血性并发症的原因及对策. *中国微创外科杂志*, 2006, 6(2):97-98.
- 6 沈柏用,李宏伟,陈 曼,等.腹腔镜胆囊切除术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.

(收稿日期:2011-08-19)

(修回日期:2011-11-09)

(责任编辑:李贺琼)