

基层医院腹腔镜胆囊切除术中转开腹的原因分析

艾其海 韦国祥 周立力 陈玉标

(贵州省独山县人民医院普外科,独山 558200)

中图分类号:R657.4

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2013)12-1153-02

目前,腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)在基层县级医院已普遍开展。为提高 LC 手术质量,减少中转开腹,本文对我院 2003 年 1 月~2012 年 12 月开展的 1558 例 LC 中 26 例中转开腹的原因进行分析,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 26 例,女 19 例,男 7 例。年龄 25~56 岁,平均 46 岁。发病至手术时间 24~72 h,平均 48 h。16 例有右上腹疼痛史,无腹部体征;10 例右上腹疼痛,有右上腹压痛。12 例单发结石,结石大小 1.0~2.5 cm,平均 1.5 cm;14 例多发结石,结石最大 2.0 cm。26 例术前 B 超检查胆囊大小 8~11 cm,平均 9.5 cm;胆囊壁厚度 4~6 mm,平均 5 mm;胆总管无扩张。有腹部手术史 2 例(胃大部切除毕 I 式吻合术)。

病例选择标准:诊断为胆囊结石,胆囊大小 3~12 cm,无手术禁忌证。

1.2 方法

行四孔法 LC。气管插管全麻。脐下穿刺建立

气腹,气腹压力 14 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。脐下穿刺放置 10 mm trocar 作为观察孔,剑突下偏右穿刺放置 10 mm trocar、右锁骨中线肋缘下穿刺放置 5 mm trocar 及右腋前线肋缘下穿刺放置 5 mm trocar 作为操作孔。先解剖分离出胆囊管和胆囊动脉,再剥离胆囊床,根据分离的难度,决定顺行法或逆行法切除胆囊。

2 结果

10 例因胆囊三角冰冻样粘连解剖不清开腹行逆行法切除胆囊,术后无出血、胆漏等并发症。2 例胆囊坏疽中转开腹行逆行法切除胆囊,术后 1 例出现少量胆漏(50~100 ml/d),经腹引管引流 5 d 停止,另 1 例治愈。2 例曾行胃大部切除毕 I 式吻合术,胃十二指肠吻合处与胆囊颈部致密粘连无法分离,中转开腹分离粘连顺行法切除胆囊。3 例胆囊动脉出血,开腹缝扎止血后切除胆囊,术后无再发出血。3 例因术中分离胃壁肠管与胆囊壁粘连导致胃结肠壁破裂,开腹行破口缝合修补后再切除胆囊,术后无胃肠漏发生。2 例 Mirizzi 综合征,开腹切开胆总管胆囊瓣修补漏口,术后无胆漏发生,T 管 3 个月后

拔除,随访 3 年经 CT 和 B 超检查显示胆总管无狭窄扩张,无胆管炎发生。2 例胆总管横断伤,开腹行胆总管断端吻合,14 号管引流,T 管 6 个月后拔除,术后均无胆漏、胆管炎发生,随访 2 年经 CT 和 B 超检查显示胆总管无狭窄扩张。2 例胆总管刺破,开腹行胆总管破口修补,置 14 号 T 管引流 3 个月,术后均无胆漏、胆管炎发生,随访 2 年经 CT 和 B 超检查显示胆总管无狭窄扩张。

3 讨论

26 例 LC 中转开腹原因分析如下。

3.1 LC 开展初期中转开腹

在 LC 开展初期,特别是在没有上级医院专家技术支持,且术者又没有经过定期腹腔镜操作培训情况下,遇到操作困难缺乏信心,只好中转开腹,我院 2003 年 1 月~2012 年 12 月开展的 1558 例 LC 一半以上中转病例发生在开展 LC 最初 3 年以内。开展 LC 初期,应做好详细的术前手术难易程度评估选择好病例,只有不断提高术者操作技能,增强术者信心,才能减少中转开腹手术。

3.2 病理生理因素中转开腹

①粘连严重导致中转:因炎症致网膜组织、胃壁甚至小肠管及横结肠管将整个胆囊壁肝门部完全覆盖,且粘连紧密,无法剥离显露,强行分离将导致损伤风险,如果粘连略显疏松,可用电钩或吸引头行锐性钝性结合试行剥离。胆囊颈结石嵌顿致三角结构不清或呈冰冻样粘连时,可试行逆行法剥离或切开胆囊腔取出嵌顿结石,行胆囊大部分切除,残留胆囊内壁电灼处理。本组 2 例曾行胃大部切除毕 I 式吻合术,胃十二指肠吻合处与胆囊颈部致密粘连无法分离中转。对于有上腹部手术史者的胆囊结石,只要术者具有熟练的腹腔镜操作技能,并选择适合的穿刺点及操作方向,同样也可选择 LC。②术中发现 Mirizzi 综合征,本组 2 例,术前往往难以诊断。③先天性解剖变异难以辨认中转,我们遇 1 例双胆囊管,经胆囊管行胆道造影明确胆总管后完成手术未中转。④急性胆囊炎炎症严重导致中转:本组 2 例胆囊壁水肿严重中转。急性胆囊炎行 LC 多主张在 3 d 内,手术时间较短,出血量较少,住院时间缩短,中转开腹率较低^[1]。

3.3 医源性损伤导致中转开腹

特别要重视胆管损伤问题,胆管损伤不仅存在因处理不当导致远期并发症,而且往往引发医疗纠纷,多由于术者经验不足过于自信,粗暴操作,或结构不清辨别错误等造成。一旦术中发生损伤,术者应冷静,做行之有效的处理。如果导致胃壁肠管损伤破裂,可试行腹腔镜下缝合修补,只要术者有腔镜

下缝合打结技能都能成功。术中往往因过度牵拉胆囊,致胆总管牵拉成角,未辨明三管结构,将胆总管误当胆囊管而切断。或因胆囊颈结石嵌顿分离胆囊管困难时,过分向胆总管靠近而分破胆总管,此时应切开胆囊腔将嵌顿结石取出后探查胆囊管。术中一旦明确发生胆管损伤,都应毫不犹豫中转开腹,视胆管损伤程度做恰当的处理,如胆管壁修补、断端吻合或肝门胆管成形胆肠吻合等。我们认为术中应遵循“用分离钳于后三角紧贴胆囊管后方、胆囊壶腹和胆囊管交界处进行分离胆囊管”^[2]的原则,将会减少损伤发生。

3.4 凶险性出血导致中转开腹

解剖胆囊三角时可发生难以控制的出血,文献^[3]报道发生率为 4%,本组发生 2 例,为胆囊动脉离断回缩。解剖胆囊三角时要细致,尽可能采用钝性分离,切记胆囊动脉的变异性,大部分胆囊动脉为单一血管,12% 的人有 2 支胆囊动脉^[4]。肝右动脉进入胆囊三角也有变异,而可能误把肝右动脉当作胆囊动脉或在分离胆囊动脉时损伤肝右动脉。约 90% 的胆囊动脉主支都位于胆囊管左侧的前三角中,为防止处理三角时反复牵拉胆囊动脉致出血,可在分离胆囊管之前先处理胆囊动脉^[2]。对不明结构不要随意切断,分离胆囊动脉不要过分追求“骨骼化”才切断,尽量避免靠近肝总管处电灼。发生凶险性出血时,术者更应镇静不要慌乱,边吸引边寻找明确出血处再钳夹或结扎止血,避免在血泊中盲目钳夹、电凝止血或上多枚钛夹而造成肝外胆管损伤的风险。遇胆囊动脉离断后回缩或刺破主干血管,腹腔镜下难以止血应果断中转开腹。

另外,正确认识中转开腹,中转开腹不是腹腔镜手术的失败,是确保病人安全,减少手术失误、并发症和保证手术质量的重要措施和明智之举^[5]。总之,不断总结 LC 中转开腹原因,选择恰当的对策,对降低中转率有很大帮助。

参考文献

- 1 赵玉龙,丁海.急性胆囊炎腹腔镜手术时机的选择.中国微创外科杂志,2012,12(3):202-204.
- 2 郑成竹,丁丹.腹腔镜下胆囊切除术操作流程及操作体会.中国实用外科杂志,2010,30(3):237-238.
- 3 罗丁,陈训如,毛静熙,等.腹腔镜胆囊切除术中几种特殊类型的出血及处理方法.中国内镜杂志,2006,6:14-15.
- 4 陈孝平,石应康,邱贵兴,等主编.外科学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,2011.635.
- 5 吴在德,主编.腹腔镜胆囊切除术.外科学.第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.570-573.

(收稿日期:2013-01-19)

(修回日期:2013-08-06)

(责任编辑:李贺琼)