

文章编号:1005-6947(2004)02-0143-02

· 临床报道 ·

小切口胆囊切除术 3 000 例报告

安军礼¹, 周积德¹, 马建军¹, 郭金城²

(1. 甘肃省兰州市肺科医院 普外科, 甘肃 兰州 730046; 2. 甘肃省兰州市第二人民医院 普外科, 甘肃 兰州 730046)

摘要:为论证小切口胆囊切除术(minicholecystectomy, MC)的临床应用可行性,笔者回顾性分析5年间3 000例MC的临床资料。全组MC手术成功2 988例(99.6%),延长切口12例(0.4%)。胆道损伤6例(0.2%),胆漏2例(0.06%),胆总管残留结石2例(0.06%),术中大出血1例(0.03%)。提示只要严格掌握适应证,在传统胆囊切除术熟练基础上开展MC是安全可行的。

关键词:胆囊切除术; 胆囊炎/外科学

中图分类号:R657.4 **文献标识码:**B

胆石症系一常见病,目前仍以手术治疗为主。笔者通过回顾分析1996年8月~2001年8月3 000例MC的临床资料,认为小切口胆囊切除术小切口胆囊切除术(MC)是安全可行的,可在基层医院推广应用。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男756例,女2 244例。年龄8~86岁。病种包括慢性胆囊炎并胆结石2 664例,急性胆囊炎156例,胆结石合并胆总管结石94例,Mirrizi综合征I,II,III型3例,非结石性胆囊炎78例,胆囊癌2例,肝内胆囊1例,胆囊与胃穿孔2例。术前合并症有高血压病61例(2%),糖尿病85例(2.8%),肺心病12例(0.4%),肝硬化5例(0.16%)。

1.2 手术方法

采用硬膜外麻醉。对年龄大、肥胖者可选用全麻。一般均采用经右上腹直肌切口,长度3~5cm,使能较好地显露胆囊三角区。手术床向术者右侧倾斜约20°,无影灯从患者脚侧偏左上方斜行照入。开腹后用有带子的纱布(宽5cm)填入胆囊颈下方及胆囊三角区上方,用卵圆钳提起胆囊颈,S拉钩(宽2.5~3.0cm)及压肠板(应稍弯曲)分别置于胆囊三角区上下方,呈“八”字状,以便显露三角区。按常规解剖处理胆囊管及胆囊动脉。在结扎近端时,应用压肠板按压胆囊颈朝向下,这样可使手术视野清晰,便于打结。尔后在胆囊与胆总管之间垫一块纱布,以免剥离胆囊时伤及胆总管。用顺逆结合合法剥离胆囊,胆囊床不缝合,采用电凝止血;一般不放腹腔引流。

2 结果

3 000例MC中手术成功2 988例(99.6%),切口延长12例(0.40%),胆道损伤6例(0.20%),胆漏2例(0.07%),胆总管残留结石2例(0.07%),术中大出血1例(0.03%),胆总管探查213例(7.1%)。术后1d即下床活动,术后24h进流食,切口均一期愈合,平均手术时间60min,平均住院5d,住院费用平均1 980元。

3 讨论

国内外学者把小切口胆囊切除术(MC)同传统剖腹胆囊切除术(CC)以及腹腔镜胆囊切除术(LC)作了比较,结果表明:MC较CC伤口小,术后止痛药用量少,恢复快,住院时间短。术后2周患者恢复至术前生活者,MC组占75%,CC组占39%。LC手术时间长,设备昂贵,费用高^[1],且LC不能在直视下操作,有一定抽象性,易引起并发症^[2],极少数病例尚需中转开腹^[3],并发症发生率为1.0%~2.2%^[4],胆道并发症占总并发症的61%^[5],胆管漏在LC发生率高,占0.1%^[6]。

笔者所选的MC技术,不需特殊设备,术者不必专门培训,只要有CC经验即可。手术中容易把握可能遇到的问题,且容易处理意外情况,遇到困难可及时延长切口,安全性高^[7],便于在各级医院推广使用。

MC的绝对适应证:(1)单纯性急性胆囊炎;(2)有症状的慢性胆囊炎;(3)胆囊良性腺瘤或息肉^[1];(4)单纯胆管结石^[7]。相对适应证^[7]:(1)胆囊萎缩;(2)继发性胆总管结石;(3)合并原发性单纯性胆总管结石。

绝对禁忌证:(1)嵌入肝内胆囊;(2)合并肝硬化门静脉高压;(3)Mirrizi综合征III,IV型;(4)胆囊癌变;(5)合并原发性肝内胆管结石;(6)合并肝内外胆管狭窄;(7)需

收稿日期:2002-11-14; 修订日期:2003-08-09。

作者简介:安军礼(1964-),男,四川武胜人,甘肃省兰州市肺科医院主治医师,主要从事普外方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)02-0144-02

· 临床报道 ·

小切口胆囊切除术中超声的临床应用

张光全, 程泰熙

(四川省成都市第六人民医院 肝胆外科, 四川 成都 610051)

摘要: 回顾分析 7 年余 545 例小切口胆囊切除术中超声的应用情况, 并与术前 B 超检查对比。结果显示术前 545 例胆总管阳性结果在术中超声提示胆总管内结石 300 例(55.1%), 胆总管探查确定胆总管内结石 289 例, 符合率 96.3%。阴性探查 11 例(3.7%)。术中超声检查胆总管结石较之小切口胆囊切除术前检查其准确性更高。

关键词: 胆囊切除术; 胆囊/超声检查

中图分类号: R657.4; R322.48

文献标识码: B

小切口胆囊切除术(minicholecystectomy, MC)近年越来越为医患双方所接受。为了进一步完善术式, 我科于 1995 年 8 月~2002 年 12 月对 545 例术前 B 超检查提示胆总管结石、可疑结石、胆总管扩张患者, 在小切口胆囊切除时进行术中超声(intraoperative ultrasonography, IIOUS)检查, 获得了有益的经验, 现分析报告如下。

收稿日期: 2003-01-23; **修订日期:** 2003-08-06。

作者简介: 张光全(1956-), 男, 四川成都人, 四川省成都市第六人民医院副主任医师, 主要从事肝胆外科临床方面的研究。

1 临床资料

1.1 一般资料

接受 IIOUS 检查的 545 例均为胆囊结石进行择期 MC 患者, 其中男 153 例, 女 392 例。年龄 13~78 岁。术前常规 B 超检查除有胆囊结石外, 还提示胆总管结石 241 例, 胆总管可疑结石 122 例, 胆总管扩张(>1cm)182 例。全组有皮肤、巩膜轻度黄疸 96 例, 中度黄疸 48 例, 重度黄疸 37 例。

要进行腹部其它探查者。相对禁忌证:(1)肥胖病例;(2)有上腹部手术史;(3)Mirizzi 综合征 I, II 型。

MC 的缺点是手术视野暴露差, 深部操作不便, 且胆囊摘除术是一种危险的病理, 危险的解剖和危险的手术^[8], 使 MC 的危险性更加突出。笔者认为以下几点可有效预防其并发症^[7]:(1)术前明确诊断避免遗漏胆囊以外疾病;(2)术前 B 超检查预测手术难易程度, 选择适应证;(3)术者和助手均为 CC 熟练者;(4)明确三管结构于始终, 仔细解剖胆囊颈与总管间的粘连, 三角区内不能有任何管道和胆囊相连;(5)术中遇有困难, 果断延长切口, 以免造成副损伤;(6)怀疑有胆总管问题时, 应行术中造影;(7)胆囊床有渗出者, 注意引流;(8)术后 3d 内多观察病情变化, 出现问题及时处理。

参考文献:

[1] 郭振武. 实用胆囊外科[M]. 天津: 科学技术出版社, 1995. 101-113. 157-159.

[2] 黎介寿, 吴孟超, 黄志强. 手术学. 普通外科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996. 681.

[3] 吴建斌, 赵成功, 金宏达, 等. 腹腔镜胆囊切除术并发症的防治[J]. 中国实用外科杂志, 1996, 16(7): 408.

[4] 黄晓强, 冯玉泉, 黄志强, 等. 腹腔镜胆囊切除术 11654 例报告[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(5): 279.

[5] 中舟, 杨诚, 陈勇, 等. 三种术式胆囊切除术的急相蛋白变化及临床意义[J]. 中华普通外科杂志, 2000, 15(10): 628.

[6] 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1999. 415-416.

[7] 张光全, 程泰熙, 李玲, 等. 小切口胆囊切除术 3500 例临床报告[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(9): 555-556.

[8] Matthew JB, Blumgart CH. Benign biliary stricture, Matngot's abdominal operations[M]. 10th ed, Stanford Appleton and lang, 1997. 1803-1806.