

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.

1.2 主要设备

术中采用韩国产的 SA-600 型手提式超声诊断仪, PE-VLOH, 65-86 型, 6.5 MHz; 术中高频探头及 SONY 的 UP-89MD 型图像记录打印机。

1.3 操作方法

术前 1d 将术中高频探头送手术室, 由专人负责消毒。手术时 2 位超声操作人员中 1 人上手术台负责术中探头操作, 另 1 人台下负责超声仪的操作, 并相互配合识别图像。按胆总管走行方向及肝门结构探头进行纵切和横切。由于探头直接接触胆总管, 故操作探头要轻柔, 不得用力往下压, 否则胆总管可压闭而不能在屏幕显示。图像不清可在手术野注入少量生理盐水, 以增加对比有利于图像识别(术中用高频探头, 分辨率高, 无腹壁和胃肠干扰, 安全简便, 定位准确)。由于本项技术主要是针对继发性胆总管结石, 故术中应显示整个胆道, 上端必须显露肝门及左右肝管, 下端至胰后段, 可经十二指肠或胰头多方位扫查, 并用打印机记录胆道的阴性或阳性图像。

2 结果

2.1 胆总管结石的发现

术前 B 超提示胆管结石 241 例, IOUS 提示胆管结石 214 例, 术中和术前 B 超检查符合率 88.8%。手术探查胆总管确定结石 210 例, 与术前 B 超符合率 87.1%, 与 IOUS 符合率 98.1%。IOUS 发现有结石的病例中阴性探查 4 例(1.9%), 其中术后发现残余胆总管结石 2 例。

2.2 可疑胆总管结石的发现

术前 B 超提示可疑结石 122 例, IOUS 提示有结石 67 例, 二者符合率 55.5%。手术探查胆总管确定结石 61 例, 与术前 B 超符合率 50.0%, 与 IOUS 符合率 91.0%。IOUS 发现有结石的病例中阴性探查 6 例(9.0%), 其中术后发现符合残余胆总管结石 1 例。

2.3 胆总管扩张的发现

术前 B 超仅提示胆总管扩张而未发现结石者 182 例, IOUS 提示有结石 19 例, 结石率为 10.4%。手术探查胆总

管确定结石 18 例, 与 IOUS 符合率 94.7%。IOUS 发现有结石的病例中探查阴性 1 例(5.3%), 无术后残余结石。

3 讨论

MC 微创技术现已应用较广, 其优越性是肯定的。但临床上胆囊结石合并胆总管结石较常见。由于 MC 术式受到切口的限制, 术中操作者的手不易探查胆总管是其难以克服的缺点。使用术中高频探头宽 3.5 cm, 长约 25 cm, 经小切口伸入腹腔探查胆总管非常方便。用此方法诊断继发性胆总管结石, 可明显减少 MC 术后残留胆总管结石的发生率和减少胆总管阴性探查率, 降低了 MC 术后并发症, 使有争议的 MC 术式的可行性更具说服力。

本组 MC 患者术前 B 超提示合并有胆总管结石、可疑胆总管结石、胆总管扩张患者共 545 例, 而 IOUS 提示胆总管结石 300 例(55.1%), 术中胆总管探查确定胆总管结石 289 例, 与 IOUS 符合率 96.3%。阴性探查 11 例(3.7%)。若按传统临床指征探查胆总管, 则会有较高的阴性探查率。可见对于胆总管结石, IOUS 和 B 超的差异是显著的。MC 术中对凡疑有胆总管结石, 应用 IOUS 进行确定最为简便有效。

胆总管末段是肝外胆管的隐蔽部分, 该部位的结石即使 IOUS 也很难发现, 作者在 MC 使用 IOUS 遇到 5 例此类患者, 术前巩膜皮肤均有黄疸, 故仍予以其中 4 例中度以上黄疸, 1 例轻度黄疸, 术前 B 超只提示胆总管扩张无结石, 5 例 IOUS 反复检查胆总管及下段仍未发现结石影。鉴于 4 例有明显黄疸, 探查胆总管; 术中用胆道镜检查 4 例胆总管末段有嵌顿结石, 用胆道镜将结石推入十二指肠清除。另 1 例由于考虑黄疸轻, IOUS 又未发现结石, 故放弃探查胆总管。术后第 2 日该例出现胆绞痛, 黄疸加深, 1 周后行 EST 清除残余结石。可见, 对胆总管末段嵌顿结石者, IOUS 还是一个值得不断探索的影像学技术问题。笔者认为: 对于 MC, 尽管术前 B 超或 IOUS 没有提示胆总管结石, 只要术前有黄疸体征, 术中应探查胆总管。