

文章编号:1005-6947(2004)02-0159-02

· 技术改进 ·

腹腔镜胆囊切除术中胆囊三角分离困难因素及其对策

冯来运, 周骏

(解放军第一六一中心医院 普外科, 湖北 武汉 430010)

摘要:为探讨腹腔镜胆囊切除术中胆囊三角分离困难因素及其对策。笔者根据胆囊三角解剖困难的不同因素,对27例患者分别采用胆囊壶腹部下缘显露法、胆囊壶腹部下缘切开法和胆囊管结石挤出法进行腹腔镜胆囊切除术。27例均按计划完成手术,无1例中转开腹手术。平均手术时间50min,平均住院天数4d,手术并发症1例为脐下穿刺孔继发感染,经换药后痊愈。无胆管损伤。笔者认为对胆囊三角解剖困难患者,采用以上三种方法安全、有效,有利于降低中转开腹手术率,预防并发症发生。

关键词:胆囊切除术,腹腔镜;胆囊/解剖学和组织学

中图分类号:R657.4; R322.48

文献标识码:C

随着腹腔镜技术的普及和推广,以及操作者技术的娴熟和提高,腹腔镜胆囊切除术(LC)的适应证逐渐放宽,切除困难的患病胆囊相应增加。在实践中笔者对胆囊三角区分离困难者采用多种不同方法实施LC,效果良好,安全有效,报告如下。

1 手术方法

常规建立气腹,引入腹腔镜器械,仔细分离胆囊周围粘连,显露胆囊壶腹部及胆囊三角。根据胆囊三角分离困难因素的不同采取不同的处理方法。

(1)如发现胆囊壶腹部及胆囊三角炎性水肿严重,尤其是胆囊壶腹部增大,“下坠”与肝十二指肠韧带粘连,并部分覆盖胆囊三角,使其间隙变窄,胆囊三角解剖困难。此时可采用胆囊壶腹部下缘显露法完成腹腔镜胆囊切除术。具体操作如下:先解剖三角后面浆膜层,显露胆囊壶腹部后,沿胆囊壶腹部下缘用电凝钩向下钝性分离至胆囊管交接处,认清胆囊管走行后,再解

剖胆囊三角前面浆膜,显露胆囊管起始处,紧贴胆囊壶腹部,用电凝钩从胆囊管内侧由前向后钝性分离,直至从后间隙伸出,再对该间隙适当扩大。在确认该间隙上方胆囊三角内无弯曲走向的肝外胆管及与胆囊管相连的管道后,施钛夹,离断胆囊管,再常规切除胆囊。此方法适用于急性胆囊炎及部分胆囊壶腹部结石嵌顿的患者。

(2)如遇胆囊三角纤维化,局部呈“冰冻样”,胆囊三角解剖间隙消失,或胆囊炎性水肿严重,胆囊间隙狭小,且胆囊三角内由肿大淋巴结或壶腹部由较大结石嵌顿,则胆囊三角解剖十分困难。此时可采用胆囊壶腹部下缘切开法胆囊部分切除术完成腹腔镜胆囊切除术。具体操作如下:分离粘连至胆囊壶腹部,向下分离壶腹部,可发现壶腹部突然变“细”,此即为胆囊管起始处,不必向下继续解剖,可在壶腹部下缘用电凝钩烧灼切开胆囊,伸入吸引器吸尽胆汁,扩大胆囊切口,取尽结石,继续环形切开壶腹部,保留少许壶腹部残端及后壁,沿肝缘向胆囊底的方向电凝切除胆囊大部,保留后壁黏黏膜,用电凝“划痕式”毁损破坏胆囊黏膜。用胆囊抓钳牵拉壶腹部残端。如果残端过短,仅在胆囊管残端缘上一钛夹即可。术毕常规放置腹腔引流管。此方法适用于萎缩性胆囊

炎、胆囊管过短、Mirizzi综合征I型及急性化脓性、坏疽性胆囊炎或部分胆囊壶腹部结石嵌顿的患者。

(3)如解剖胆囊三角时遇胆囊管较粗或术前B超提示多发小结石,疑胆囊管有结石嵌顿,此时可采用胆囊管结石挤出法完成腹腔镜胆囊切除术。具体操作如下:从胆囊管近端向远端用弯钳交替挤压胆囊管,在挤压过程中,可感知胆囊管内有无结石。如有结石,通过挤压大部分结石可松动,并可挤回胆囊腔;如结石嵌顿较紧,则在结石近端施钛夹,紧贴结石切断胆囊管。

2 临床资料

2.1 一般资料

本组27例,男10例,女17例。年龄31~73(平均46)岁。均为我院1999年8月~2002年4月的住院病例,其中急性结石性胆囊炎6例,胆囊壶腹部结石嵌顿10例,胆囊管结石4例,萎缩性胆囊炎5例,胆囊管过短2例。

2.2 结果

27例均完成腹腔镜胆囊切除术,无1例中转开腹手术。平均手术时间50min,平均住院天数4d。手术后仅发生1例脐下穿刺孔处感染,经换药后痊愈。未发生胆管损伤等严重并发

收稿日期:2002-12-23;

修订日期:2003-10-13。

作者简介:冯来运(1953-),男,河南信阳人,解放军第一六一医院主任医师,主要从事腹腔镜外科方面的研究。

症。随访3个月至2年,患者情况均良好。

3 讨论

在腹腔镜胆囊切除术中,困难型胆囊中转开腹手术率较高,约为10%~15%,且大多为胆囊三角解剖困难引起^[1,2]。本组资料无1例中转,提示对于胆囊三角解剖困难时,采用适当的方法,可降低腹腔镜胆囊切除术的中转开腹手术率。

本组胆囊三角解剖显露困难的因素有:胆囊急性炎症,胆囊三角炎性水肿、粘连、间隙变窄;胆囊壶腹部结石嵌顿;胆囊管结石嵌顿;萎缩性胆囊炎,胆囊三角纤维化;胆囊管过短等。

急性胆囊炎,或者同时有结石嵌顿于胆囊颈部时,常伴有胆囊肿大,胆囊壁增厚,组织脆性增加,胆囊内张力大,胆囊三角炎性水肿、粘连、间隙变窄,且常有肿大的淋巴结。本组8例属于此情况,其中急性结石性胆囊炎4例,胆囊壶腹部结石嵌顿4例,均在腹腔镜下完成胆囊切除术。笔者体会到首先应确认胆囊壶腹部,因为它在解剖学上位置稳定,标志比较清楚^[3]。无论胆囊壶腹的形态如何变化,先解剖胆囊壶腹,分出与胆囊管交界部,游离出其延伸段,是确认胆囊管无可争议的技术性原则^[4]。一旦解剖出该交界部,即可按胆囊壶腹部下缘显露法进行手术。应强调的是不必强求辨认三管一壶腹的解剖关系和追求一个短的胆囊管残端,以免因小失大,意外损伤肝外胆管^[4]。有文献报道^[5],残留胆囊管的长度与所谓“胆囊切除术后综合征”并无直接关系。在开腹胆囊切除术中遇有粘连严重时

也并非强行要求只能将胆囊管留下0.5cm。

胆囊萎缩一般为充填型胆囊结石,病程长、反复发作,慢性炎症浸润,纤维组织增生,胆囊壁增厚大于4mm,胆囊萎缩坚硬与肝床紧密粘连,胆囊三角纤维化,局部呈“冰冻样”,或胆囊化脓、坏疽、胆囊颈结石嵌顿,胆囊与肝总管紧密粘连(Mirizzi综合征I型),胆囊管纤维化萎缩过短时,很难分辨出胆囊三角的关系。有些患者甚至没有正常的胆囊管结构,若强行分离胆囊三角或胆囊断端则处理有误,可造成胆管损伤^[6-9]。此时不应一味强求所谓“规范化”胆囊切除,强行分离粘连,而应采用胆囊大部分切除法,残留黏膜用电凝烧灼损毁,最后夹闭壶腹部胆囊管残端,或在黏膜电凝处放置引流管^[9]。基于以上原则,本组有15例,包括急性结石性胆囊炎伴胆囊化脓、坏疽,胆囊壶腹部结石嵌顿,萎缩性胆囊炎及胆囊管过短等病例,均采用胆囊壶腹部切开法胆囊部分切除术完成腹腔镜胆囊切除术,效果满意,无1例出现并发症。笔者认为此种方法的优点在于不直接强行分离胆囊三角,避免击虚,减少医源性胆管损伤机会,并有利于降低中转开腹手术率。

小于0.5cm的结石容易嵌顿在胆囊管内,引起胆囊管梗阻。胆囊内可发生积液积脓,胆囊三角及胆囊管解剖较困难^[10]。此时可采用结石挤出法完成手术。本组胆囊管结石嵌顿4例采用此法顺利完成手术,效果满意。

参考文献:

[1] 顾大镛,吴海福,潘洪涛.逆行切

除术在困难型腹腔镜胆囊切除术中的应用[J].中国临床医学,2000,7(3):264-265.

- [2] Kerin MJ, Gorey TF. Biliary injuries in the laparoscopic era, clinical review [J]. Eur J Surg, 1994, 160(2): 195-198.
- [3] 陈训如, 罗丁, 李胜宏, 等. 腹腔镜胆囊切除术严重并发症的预防 [J]. 中华医学杂志, 1996, 76(5): 392-393.
- [4] 周正东, 陈训如, 毛静熙, 等. 腹腔镜胆囊切除术预防肝外胆管横断损伤的体会 [J]. 肝胆外科杂志, 1997, 5(6): 342-345.
- [5] 杨占宇, 周永碧, 董家鸿, 等. 腹腔镜胆囊切除术中预防肝外胆管损伤经验 [J]. 腹部外科, 1999, 12(1): 5-6.
- [6] 杨建新, 徐泽. 电视腹腔镜胆囊切除手术难度相关因素分析 [J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(4): 23-24.
- [7] 杨浩雷, 方登华, 李奎, 等. 腹腔镜胆囊切除术中电凝电切胆囊管及胆囊动脉 [J]. 中国内镜杂志, 1999, 5(1): 70-70.
- [8] 龚连生, 刘恕, 张阳德, 等. 胆囊三角冰冻的腹腔镜胆囊切除术 [J]. 中国内镜杂志, 2001, 7(2): 50-52.
- [9] 吴孟超, 仲剑平. 外科学新理论与新技术 [M]. 上海: 上海科技教育出版社, 1996. 377-378.
- [10] 王玉明, 张笃, 韩明福, 等. 几种困难情况下的腹腔镜胆囊切除术 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2000, 12(4): 201-203.