

文章编号:1005-6947(2005)01-0018-02

·胆石症专题研究·

急性胆囊炎腹腔镜切除术:附58例报告

高峰,呼延清,刘勇峰

(延安大学附属医院 普通外科,陕西 延安 716000)

摘要:目的 总结腹腔镜下处理急性胆囊炎的临床经验。方法 回顾性分析1998年3月~2004年5月58例急性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术(LC)的临床资料。结果 58例中经胆囊管造影6例,显示胆总管结石5例,其中2例在LC联合胆道镜下行胆总管切开取石T管引流;其余3例由于胆囊三角关系不清而中转开腹行胆囊切除胆总管切开取石T管引流。单纯胆囊结石52例,50例LC成功,2例因炎症粘连明显而中转开腹。有1例术后发生黄疸,3例术后漏胆汁,均保守治疗后痊愈。结论 大多数急性胆囊炎的患者行腹腔镜胆囊切除术是安全的。

关键词:胆囊炎/外科学;急性病;胆囊切除术,腹腔镜

中图分类号:R657.41;R549.7

文献标识码:A

Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a report of 58 cases

GAO Feng, HU Yan-qing, LIU Yong-feng

(Department of General Surgery, The Affiliated Hospital of Yan'an Medical College, Yan'an University, Shanxi, Yan'an 716000, China)

Abstract: **Objective** To summarize the clinical experience of laparoscopic cholecystectomy (LC) for acute cholecystitis. **Methods** Clinical records of 58 cases of acute cholecystitis treated by LC from March 1998 to May 2004 were respectively reviewed. **Results** Intraoperative cholangiography was conducted in 6 cases, 5 of which were found to have common bile duct stones. Of the 5 cases, 2 underwent LC combined with choledoscopic choledochotomy, stone removal and T-tube drainage; the other 3 cases had ill-defined relationship of Calot's triangle and underwent conversion to open choledochotomy with stone removal and T-tube drainage. In 52 cases were diagnosed as simple gallbladder stones, LC was successfully accomplished in 50 cases and conversion to open surgery was required in 2 cases because of serious inflammatory adhesions. In this study 1 case had jaundice after operation and 3 cases had leakage of bile, and all recovered on conservative treatment. **Conclusions** LC can be performed safely in the majority of cases of acute cholecystitis.

Key words: CHOLECYSTITIS/surg; ACUTE DISEASE; CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPY

CLC number: R657.41; R549.7

Document code: A

腹腔镜胆囊切除术(LC)目前已经非常普及,随着腹腔镜技术的日趋成熟、普及以及患者要求的提高,越来越多的医院开展了LC术治疗急性胆囊炎(AC)。我院1998年3月~2004年5月施行LC治疗AC58例,疗效满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

本组男16例,女42例;年龄16~74(平均52)岁。均符合以下诊断标准:病程8~72h,均有右上腹痛及压痛,畏寒发热和白细胞升高或中性粒细胞升高,B超示胆囊壁增厚>4mm,部分合并双边影,并且腔内有结石声影。术后均经病理检查证实为AC。本组有6例术前B超提示肝内胆管扩张但未见明显胆管结石影,均行术中胆道造影检查,发现5例胆管有结石。

1.2 方法

气管插管全麻,常规建立气腹(1.2~1.8kPa)仰卧位,头高脚低15°~20°,左侧抬高15°~20°。常规3孔法入腹,先探查腹腔,根据胆囊炎症情况

收稿日期:2004-11-25; 修订日期:2004-12-27。

作者简介:高峰(1971-),男,陕西米脂人,延安大学附属医院主治医师(第四军医大学硕士研究生),主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:高峰 E-mail:peak2880@hotmail.com。

决定是否打第4个孔。如果炎症及粘连很重就必须采用4孔法,以利于暴露及操作。如果胆囊三角关系清楚,尽量采用顺行法剥除胆囊;关系不清者可先打开胆囊壶腹前后壁浆膜层,然后利用吸引器吸刮周围组织,钝性分离胆囊三角区域,严禁盲目钳夹管道。一般情况下可以清楚分离出三管关系,如遇到很难分离的三角关系者,则行逆行胆囊切除,亦可行胆囊大部切除。术终常规于魏氏孔放置橡皮引流管,观察24~48h,无胆汁及血性漏出即可拔除。术后根据炎症及粘连情况使用抗生素2~5d。

2 结果

术中行胆道造影检查6例,显示胆管有结石者5例,其中2例行LC联合胆道镜下切开胆总管取石T管引流(采用该法必须配备有胆道镜,利用胆道镜进入胆管探查,发现结石可用网篮套取结石);另3例由于胆囊三角炎症粘连特别紧密而中转开腹行胆囊切除胆总管切取石T管引流术。单纯胆囊结石52例,成功实施LC50例,另外2例由于炎症明显出血而中转开腹手术切除胆囊。全组手术时间为45~200min,术中出血量约20~400mL。术后发现皮肤黄染1例(总胆红素:38mmol/L直接胆红素:22mmol/L)经过抗炎、保肝、利胆治疗3d后黄疸减退;术后发生胆瘘3例(24h量为30~200mL),均经过保守治疗痊愈,平均住院12~21d。无并发症的患者住院为3~5d。

3 讨论

过去视急性胆囊炎为LC的禁忌证,随着医疗技术及器械的发展、LC手术技巧的熟练以及患者的要求,现在报道急性胆囊炎行LC术者已较多。急性胆囊炎行LC难度较大,因此手术技巧及应变能力要求就很高。急性胆囊炎症早期,由于炎性细胞及纤维浆液的渗出,胆囊与周围组织容易形成纤维蛋白粘连,增加了手术难度。但是72h内的粘连一般较为疏松,易分离,分离时渗血相对少。而急性期的后期也就是72h以后,随着纤维素渗出物的增多、胶原的机化,纤维性粘连的加重,往往造成胆囊三角瘢痕粘连呈“冰冻样”。胆囊三角失去正常的解剖关系,容易引起损伤,常需中转开腹来完成手术^[1]。另外急性胆囊炎胆囊管常有结石嵌顿,常常压迫胆囊壁,时间长会导致胆囊壁的坏死、穿孔。因此选择发病在72h内就诊的患者行腹腔镜急性胆囊切除术是至关重要的。

急性胆囊炎行LC术时,暴露胆囊以及解剖胆囊三角是有一定技巧的。总的原则是“宁伤胆囊,

勿伤胆管”。所以遇到很难分离的粘连可于胆囊浆膜下分离,可以留一部分胆囊浆膜于周围组织,这样就避免损伤周围脏器。如果遇到胆囊肿大明显影响操作,可在胆囊底部用电凝钩打一小孔用吸引器减压。这样有利于胆囊提钳钳夹、牵引、暴露。遇到组织水肿时,可以很好的利用吸引器吸、刮、推来暴露胆囊三角^[2]。本组钛夹采用可吸收的,安全、可靠。如果胆囊管较粗,则需使用普通钛夹双向平行对夹法来处理^[3]。有报道^[4]称,失去正常解剖形态的急性胆囊炎,可以在腹腔镜下行胆囊大部分切除术,笔者认为这样情况实属中转开腹之病例,不应勉强行LC术,如果行LC术将会增加术后残余胆囊的几率^[5]。

如果术前B超提示胆管有扩张的,一定要行术中胆道造影,这样可以避免漏诊、误诊胆管结石。同时还可以及时发现胆道变异情况,可以减少胆管损伤的比例^[6]。本组术中胆管造影6例,发现5例胆管结石,采取不同措施后,避免了二次处理胆管结石的麻烦。急性胆囊炎行LC术后是否安放引流管,目前国内观点仍然不一致。笔者认为渗出不多、解剖清楚、操作易行者可不放置引流管。相反如渗出较多、胆囊三角粘连不易分离、渗血较多者均应放置引流管,但应注意,腹腔镜下安置腹腔引流管不如开腹可靠,尤其是术毕排气腹后引流管位置往往可能改变,会影响到引流效果,术后视引流量及性状来判定拔除时间。本组有3例术后引流管引流液为胆汁,最多量200mL/d。考虑为损伤迷走胆管,经保守治疗后痊愈。

总之,选择合适的手术时机,熟练的掌握LC的基本操作,高选择性的中转开腹手术,合理的术后放置引流以及术中胆道造影后,急性胆囊炎行LC术是安全、有效、可行的。

参考文献:

- [1] 何东来. 急性胆囊炎腹腔镜切除的手术技巧[J]. 中国现代手术杂志, 2003, 7(3): 217-219.
- [2] Asbun HJ, Rossi RL. Techniques of Laparoscopic cholecystectomy: The difficult operation[J]. Surg Clin North Am, 1994, 74(4): 755-775.
- [3] 林森旺, 孙镇蛟, 金旭文, 等. 胆囊管增粗在腹腔镜切除术中的处理体会[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(3): 164-166.
- [4] 宋录金, 邓雅莉, 李莎, 等. 腹腔镜胆囊切除中转开腹326例分析[J]. 中国普通外科杂志, 1998, 7(3): 146-148.
- [5] 李全生, 杜景平, 张肇达, 等. 腹腔镜胆囊切除术后残余胆囊的预防和处理[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(7): 546-547.
- [6] 曹月敏. 腹腔镜外科学[M]. 河北: 河北科学技术出版社, 1999. 330.