



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.06.030
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.06.030
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(6):907-909.

· 临床报道 ·

肝硬化合并胆囊结石的外科治疗

陈明, 钟恩鹏

(江西省赣州市立医院 普通外科, 江西 赣州 341000)

摘要

目的: 总结肝硬化合并胆囊结石的手术治疗经验。

方法: 回顾性分析 2008 年 8 月—2013 年 8 月 52 例肝硬化合并胆囊结石行胆囊切除术的临床资料。其中择期手术 49 例, 急诊手术 3 例。腹腔镜胆囊切除术 35 例, 其中 3 例中转开腹; 开腹胆囊切除术 3 例; 胆囊切除术联合贲门周围血管断流术加脾切除术 9 例; 胆囊切除术联合胆总管探查术 3 例; 胆囊大部分切除术 1 例; 胆囊造瘘术 1 例。

结果: 肝功能分级 Child-Pugh A 级 42 例, B 级 9 例, C 级 1 例。治愈 51 例 (98.08%), 死亡 1 例 (1.92%)。术后发生并发症 8 例 (15.38%)。胆囊造瘘术 1 例者 6 个月后行二期胆囊切除术。

结论: 胆囊结石合并肝硬化, 肝功能 Child-Pugh A、B 级患者行胆囊切除术比较安全可行的, 行贲门周围血管断流术加脾切除术并一期胆囊切除术也是可行的, C 级行原则上应列为手术禁忌。正确充分的围手术期处理、精细的手术操作是保证手术成功的关键。

关键词

胆囊结石; 肝硬化; 胆囊切除术

中图分类号: R657.3

肝硬化并胆囊结石在临床并不少见, 其发病率高于非肝硬化患者。由于其特殊的解剖和病理生理改变, 使手术难度和风险明显增加, 术后并发症及病死率相应增加。2008年8月—2013年8月, 笔者对52例肝硬化合并胆囊结石患者进行胆囊切除术, 其中9例联合贲门周围血管断流术加脾切除术, 取得良好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组52例, 男27例, 女25例; 年龄37~72岁, 平均58.5岁。单纯胆囊结石40例, 胆囊结石合并胆总管结石3例, 合并胃底食管下段静脉曲张并有上消化道出血病史9例。所有患者均结合病史、体检、化验、超声、CT及MRI证实有胆囊结石及肝硬化; 行电子胃镜检查49例。全组患者肝炎后肝

硬化44例, 酒精性肝硬化2例。肝功能分级Child-Pugh A 级42例, B级9例, C级1例。合并高血压18例, 糖尿病3例, 慢性支气管炎3例, 营养不良4例。有上腹部手术史3例。

1.2 手术方法

所有患者均在全麻插管下进行手术。其中择期手术49例, 急诊手术3例。腹腔镜胆囊切除术35例, 气腹压控制在8~12mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 之间, 中转开腹3例; 直接开腹单纯胆囊切除术3例; 胆囊切除术联合贲门周围血管断流术加脾切除术9例; 胆囊切除术+胆总管探查术+T管引流术3例, 其中2例为急诊手术; 胆囊大部分切除术1例; 急诊胆囊造瘘术1例, 6个月后行二期胆囊切除术。

2 结果

本组52例患者51例治愈 (98.08%), 死亡1例 (1.92%)。术中出血5~560 mL, 平均98.5 mL, 输血200~400 mL, 手术时间为40~188 min。术后均给予腹腔引流、护肝、止血及支持治疗, 平均住院时间15.5 d。

收稿日期: 2014-05-09; 修订日期: 2014-12-01。

作者简介: 陈明, 江西省赣州市立医院副主任医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 陈明, Email: chm1215@sohu.com

出现并发症者8例(15.38%),其中再出血3例(5.77%),2例行保守治疗后治愈,1例再次开腹止血;腹水2例(3.85%),给予利尿、输注人血白蛋白等治疗;切口感染3例(5.77%)。死亡患者为术前肝功能Child-Pugh C级患者,该患者合并胆总管结石,虽然术前积极改善肝功能,但术后仍死于反复渗血、腹水及肝肾功能衰竭。

3 讨论

肝硬化患者胆囊结石发病率明显高于非肝硬化患者,其发生率不同文献报道不一,但均比非肝硬化患者高2~5倍,且肝硬化程度越重胆结石发生率越高^[1]。其高发生率与多种因素有关,如肝脏代谢异常、胆囊运动功能障碍、脾功能亢进^[2-3]等。肝硬化患者肝脏储备功能差,交通支开放,凝血功能障碍,术中容易出血等因素,其开腹胆囊切除的病死率曾高达17%~25%^[4],曾一度被列为腹腔镜手术的禁忌^[5]。因此,对此类患者应严格把握手术适应证。我们认为:急性结石性胆囊炎经保守治疗无效、慢性结石性胆囊炎反复发作胆绞痛、肝炎非活动期、肝功能Child-Pugh B级以上者,均可作为手术指征。肝功能Child-Pugh C级,除非必须手术治疗,否则应列为手术禁忌。腹腔镜胆囊切除术作为胆囊切除术的金标准,它具有创伤小、恢复快、对机体影响小等优点,并且随着腹腔镜技术的不断提高,其手术适应证不断拓宽。多家研究证明:对于Child-Pugh A级、B级肝硬化的囊结石患者,腹腔镜胆囊切除术是一种安全的手术方式^[6-7],并且比开腹胆囊切除术有明显优势^[8]。腹腔镜对局部有“放大”的作用,有利于手术者辨清局部解剖结构,避免副损伤。

肝硬化患者存在不均衡的肝脏萎缩、增生肥大,导致第一肝门旋转而改变原来解剖位置,变得更高、更深,这将增加手术操作难度。导入腹腔镜时各Trocar的位置并非一成不变,可根据术中具体情况灵活选择Trocar的位置,以方便手术操作为宜。腹腔镜手术时气腹压不宜太高,气腹造成的腹腔内高压将导致肝脏、门静脉血流减少,进一步引起肝功能损害^[9]。气腹压选择在8~12 mmHg为宜,手术时间不易太长。肝硬化患者手术耐受能力差,长时间的麻醉也将增加患者的负担,因此,对不能完整切除的胆囊或者患者病情较重时,尽量采取简单、快捷的手术方法。本组1例采

取胆囊大部分切除,1例行急诊胆囊造瘘术,均恢复良好。免气腹悬吊式经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的应用,则大大减少了气腹对肝、肾、心、肺的影响^[10-11],还能起到兼顾腹壁无疤痕的美容效果。

肝硬化门静脉高压症行贲门周围血管断流术加脾切除术是否一期切除胆囊,目前意见不一。反对者认为联合手术无疑延长了手术和麻醉时间,增加了手术风险。McAneny等^[12]不推荐同期行联合术。而一些文献^[13-14]则报道肝功能Child-Pugh A、B级患者同期手术安全可行,并未增加手术风险和病死率,还避免了日后胆囊炎再次发作、再次麻醉及手术的打击,减少了医疗费用。作者认为对适当的患者尽量行同期手术,原因是贲门周围血管断流术后迷走神经受损,胆囊运动功能进一步减退,胆囊更易形成结石,而且术后腹腔粘连加重,增加了再次手术的风险。本组9例患者行同期手术,效果满意。但同期手术应严格把握手术适应证,选择适当的患者。

出血是肝硬化胆囊结石患者术中和术后面临的主要并发症。腹腔镜Trocar选择在脐下,以避免曲张的脐静脉,防止戳孔出血和皮下血肿。其他Trocar应避免腹壁曲张的静脉,也可在腹腔镜光源透视腹壁选择戳孔的位置,此时还可以避开肝镰状韧带内可能扩张的静脉丛。肝硬化患者均存在不同程度的门静脉压力增高,肝内静脉侧支循环形成,造成胆囊、肝十二指肠韧带、胆囊三角、胆总管周围静脉广泛曲张^[15],此类曲张的静脉压力高、壁薄,极易发生损伤出血,并且往往出血不止,不易止血。开腹手术时可选择偏向右侧的切口或者小切口进行手术,避开腹壁曲张的静脉;贲门周围血管断流术加脾切除术则选择左侧肋缘下切口,必要时由此适当延长。本组3例就因为创面出血影响视野而中转开腹。中转开腹并不是腹腔镜胆囊切除术的并发症,而是为了防止严重并发症发生的措施^[16]。术中精细操作,避免组织撕脱,对曲张的静脉尽量采取结扎或者夹闭,少用电凝,因为电凝后的焦痂有可能脱落,引起再次出血的可能。本组有3例出现术后再出血,其中1例再次开腹止血时发现为电凝的曲张静脉出血,考虑为焦痂脱落。此后对患者曲张的静脉采取结扎或者夹闭后,未出现再出血现象。

正确充分的围手术期处理在肝硬化患者的治疗病程中起了很重要的作用,能大大改善患者手术的预后。全面评估患者机体机能,至少将肝功

能提到Child-Pugh B级再予手术, Child-Pugh C级则列为手术禁忌, 除非急救。采取的措施有: 凝血功能异常时, 可适当输注冷沉淀、维生素K₁等; 输注白蛋白等纠正低蛋白血症; 低盐饮食、适当给予利尿剂消除腹水; 对营养不良患者适当给予外科营养, 改善患者免疫功能; 护肝、纠正贫血等。本组1例Child-Pugh C级患者, 虽然术前积极治疗, 术后仍因凝血异常反复渗血、腹水等死于肝肾功能衰竭。术后常规放置腹腔引流管, 观察术后引流情况并及时。

当前, 随着社会、人文、科技和医学的进步, 外科学范畴正在经历从传统经验外科向现代精准外科的转变^[17], 这就对手术者提出了更高的要求。因此, 肝硬化患者胆囊切除术尽量由经验丰富的医师来完成, 术中耐心、细致地解剖, 避免盲目地钳夹, “以最小创伤获取最佳康复”^[18], 冷静、果断的处理各种可能出现的并发症。

参考文献

- [1] Silva MA, Wong T. Gallstones in chronic liver disease[J]. J Gastrointest Surg, 2005, 9(5):739-746.
- [2] 郝瑞瑞, 王惠吉. 胆囊运动功能障碍在肝硬化患者胆结石形成中的作用[J]. 医学临床研究, 2005, 22(12):1717-1719.
- [3] 杜鹏辉, 邓长生. 肝硬化并胆囊结石的临床特点与成因分析[J]. 世界华人消化杂志, 2006, 14(24):2456-2459.
- [4] 陈训如. 腹腔镜外科理论与实践[M]. 昆明:云南科技出版社, 1995:327.
- [5] 嵇武, 李令堂, 汪志明, 等. 肝硬化门静脉高压患者腹腔镜与开腹胆囊切除术的随机对照研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(5):337-339.
- [6] Ji w, Li LT, Chen XR, et al. Application of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2004, 3(2):270-274.
- [7] 董搦, 李克军, 金实, 等. 肝硬化门脉高压症患者行腹腔镜胆囊切除术的临床体会(附128例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(11):848-851.
- [8] 郑江华, 简志祥, 区金锐, 等. 腹腔镜与开腹胆囊切除术治疗合并肝硬化的胆囊结石疗效比较[J]. 广东医学, 2006, 27(10):1506-1507.
- [9] 鲁璋, 许军. 不同CO₂气腹压力对肝硬化病人肝功能影响的临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院报, 2008, 29(3):279-281.
- [10] Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR. Abdominal lift for laparoscopic cholecystectomy[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2008, (2):CD006574. doi: 10.1002/14651858.CD006574.
- [11] 刘南, 张光永, 胡三元. 悬吊式经脐单孔腹腔镜胆囊切除术与传统腹腔镜胆囊切除术的对比研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16(2):95-99.
- [12] McAneny D, Godek CP, Scott TE, et al. Risks of synchronous gastrointestinal or biliary surgery with splenectomy for hematologic disease[J]. Arch Surg, 1996, 131(4):372-376.
- [13] 任仰科, 张兴亚. 肝硬化、门静脉高压合并胆囊病变一期贲门周围血管离断术及胆囊切除术的可行性探讨[J]. 中国现代普通外科进展, 2003, 6(4):246-250.
- [14] 秦仁义, 高军. 症状性胆囊结石合并肝硬化的手术治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(3):229-230.
- [15] 吴志勇, 罗蒙. 腹部外科疾病合并肝硬化门静脉高压症的处理[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(3):165-167.
- [16] 保红平, 方登华, 高瑞岗, 等. 腹腔镜胆囊切除术并发症的危险因素分析[J]. 中华普通外科杂志, 2004, 19(10):598-599.
- [17] 董家鸿. 精准肝脏外科的现代理念与临床实践[J]. 中华消化外科杂志, 2012, 11(1):8-10.
- [18] 黄志强. 变幻世纪中的外科: 挑战与对策[J]. 中华实验外科杂志, 2007, 24(2):133-134.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 陈明, 钟恩鹏. 肝硬化合并胆囊结石的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(6):907-909. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.06.030

Cite this article as: CHEN M, ZHONG EP. Surgical treatment of gallbladder stones complicated with hepatic cirrhosis[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(6):907-909. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.06.030