

文章编号:1005-6947(2005)04-0318-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤风险的规避

陈湘平, 唐振华, 张裕华, 刘水根
(湖南省湘乡市人民医院 普通外科, 湖南 湘乡 411400)

摘要: 回顾性分析连续 428 例腹腔镜胆囊切除术 (LC) 的临床资料。428 例中 426 例 LC 取得成功, 无任何并发症; 2 例中转开腹治愈, 亦无并发症。提示正确掌握 LC 的适应症, 细致的手术操作, 适时中转开腹是避免胆管损伤, 保证 LC 成功的关键。

关键词: 胆囊切除术, 腹腔镜/副作用; 胆管/损伤

中图分类号: R657.4; R322.4 **文献标识码:** B

腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 已被广泛推崇应用, 其并发症的发生率也呈逐渐下降的趋势, 但潜在风险仍然存在。在有的基层医院则有人称之为“触目惊心”^[1], 突出表现在医源性胆管损伤。胆管损伤一旦发生, 危害极深。本院 2002 年 6 月~2003 年 12 月间连续行 LC 428 例, 无 1 例发生并发症, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 208 例, 女 220 例; 年龄 23~82 (平均 48.6) 岁。慢性结石性胆囊炎 348 例, 急性结石性胆囊炎 48 例, 胆囊颈管结石嵌顿 20 例, 胆囊息肉 10 例, 慢性胆囊炎 2 例。急诊手术 68 例 (发病均在 24h 以内), 择期手术 360 例。

1.2 手术方法

全组病例均在气管插管全麻下按 LC 步骤建立气腹, 采用 4 孔法穿刺置入器械, 全面探查, 了解手术操作的难度, 决定手术方式。全组术中成功采用顺行法 LC 380 例, 顺逆交替相结合 LC 46 例, 中转开腹 2 例。顺逆交替相结合 LC 46 例中, 急性结石性胆囊炎占 31 例, 胆囊颈管结石嵌顿占 15 例。2 例中转开腹病例中, 1 例为胆囊管结石嵌顿并术中出血, 1 例为胆囊胆总管瘘。

2 结果

全组术后无胆管损伤、出血、胆漏等并发症发生。术中 426 例成功实施 LC 者, 术后 3~5d 均痊愈出院; 术中 2 例中转开腹者, 分别在术后第 8d、第 15d 痊愈出院。随访 390 例, 随访率 91.1%, 随访 6 个月至 2 年, 无远期并发症, 亦无死亡病例。

收稿日期: 2005-01-14; **修订日期:** 2005-02-14。

作者简介: 陈湘平 (1965-), 男, 湖南湘乡人, 湖南省湘乡市人民医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 陈湘平 电话: 0732-6771197 (O), 13973291167 (手机); E-mail: XP3262@163.com。

3 讨论

Vechio^[2] 报道 LC 胆管损伤发生率为 0.5%, 刘国礼^[3] 报道 LC 胆管损伤发生率为 0.32%~0.91%。本组连续 428 例 LC 无并发症, 笔者体会规避胆管损伤风险主要有以下几方面。

掌握好 LC 的适应证和禁忌证是规避胆管损伤风险的第一关。笔者认为 LC 的最佳手术适应证是慢性结石性胆囊炎, 胆囊息肉, 急性结石性胆囊炎发病在 24h 之内者。胆囊颈管结石嵌顿中转开腹率 10.0% (2/20), 选择 LC 要慎重。胆囊结石合并有胆囊坏疽、穿孔、急性胰腺炎、胆总管结石、严重肝硬化、门静脉高压症、凝血功能不全者应列为 LC 的禁忌证。

术中重视胆道畸形及解剖变异, 炎性水肿粘连变位、界面不清等易损因素的识别与处理, 适时中转开腹是规避胆管损伤的第二关。术者术中始终应有胆道畸形及解剖变异可能的意识。如遇炎症水肿、粘连, 胆管解剖结构失常的可能性就更大, 此时胆管损伤的风险就愈大。在分离过程中, 如果发现胆囊管周围有管道样索状物, 切忌存侥幸心理即电凝、电切, 应采用细束分离, 被勾起组织的厚度以能隐约透见电凝钩头为宜, 防止误将变异的右肝管或右后叶肝管及肝总管当作胆囊动脉施钛夹后切断而损伤。Calot 三角炎症水肿时, 胆囊动脉有时极不明显, 加之有部分人的胆囊动脉经 Calot 三角以外进入胆囊, 故要准确钳夹胆囊动脉又不损伤胆管有时不是易事。如遇渗血、可压迫止血, 停止 calot 三角分离, 切忌盲目或轻率的钳夹、电切、电凝, 应冷静吸尽血液, 看清楚出血部位。进而逆行法或顺、逆交替相结合分离胆囊, 切不可强行分离, 急于游离胆囊管。待游离胆囊后, 将胆囊上提即可显露胆囊管, 从而切除胆囊。必要时在排除胆囊管结石嵌顿后可以从胆囊颈部或颈部以下切除胆囊, 宁可残留较长胆囊管而以不损伤胆管为宜^[4]。值得一提的是, 胆囊颈管结石嵌顿要考虑 Mirizzi 综合征的可能^[4]。本组 I 型 Mirizzi 综合征 19 例, 1 例因胆囊管粗短, 同时合并

文章编号:1005-6947(2005)04-0319-02

· 临床报道 ·

非手术治疗脾破裂:附 27 例报告

刘应高

(湖南省湘潭县中医院 外科, 湖南 湘潭 411228)

摘要:为探讨非手术治疗脾破裂适应证及非手术治疗的效果,笔者回顾性分析了 27 例外伤性脾破裂采用非手术治疗的临床资料。损伤程度 I 级 19 例,II 级 8 例。除 1 例在治疗期间因腹膜炎症状加重中转开腹手术外,其余 26 例均经非手术治疗痊愈。提示非手术治疗无腹内外严重合并伤,且血流动力学稳定的 I,II 级脾破裂是一种安全有效的方法,尤其适宜于小儿。

关键词:脾破裂/治疗;创伤和损伤
中图分类号:R657.6 **文献标识码:**B

临床上常观察到有的脾破裂患者在剖腹探查时出血已经停止,脾裂伤处已被血凝块所堵塞。基于以上情况,依据文献报道,我院自 1995 年 1 月~2004 年 6 月选择 27 例(占 112 例同期脾破裂的 24.1%)脾破裂行非手术治疗,取得满意效果。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 17 例(63.0%),女 10 例(37.0%);年龄 3~47(平均 16.6)岁;其中 3~14 岁 18 例(66.7%),15~47

岁 9 例(33.3%)。伤后就诊时间最短 1.5h,最长 3d。本组均为外伤性闭合性脾破裂。致伤原因:坠落伤 11 例(40.7%),车祸伤 8 例(29.6%),摔伤 5 例(18.5%),钝击伤 2 例(7.4%),挤压伤 1 例(3.7%)。合并伤包括软组织挫裂伤 21 例,左侧肋骨骨折 15 例(其中 2 例为多根单处骨折),四肢长骨骨折 2 例,血气胸 3 例,肺挫伤 1 例及结肠损伤各 1 例。

1.2 诊断及脾破裂分级

患者入院后在血流动力学稳定前提下,均经 B 超和/或 CT 检查确诊并分级。常规行胸部、腹部照片和腹腔诊断性穿刺等检查,排除腹部其他脏器损伤以及腹部以外其他严重合并伤。脾破裂的程度按美国创伤外科学会(AAST)影像学分级^[1](附表),本组 I 级 19 例(70.4%),II 级 8 例(29.6%)。

收稿日期:2004-11-25; **修订日期:**2005-02-21。
作者简介:刘应高(1967-),男,湖南湘潭人,湖南省湘潭县中医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。
通讯作者:刘应高 电话:13875214990(手机)。

出血,中转开腹,从胆囊管中挖出结石一枚,嵌顿厉害,胆汁为白胆汁。II 型 Mirzzi 综合征 1 例,胆囊胆总管瘘在镜下不能处理,中转开腹。笔者认为适时中转开腹也是明智选择。

切除胆囊取出胆囊标本后,术者应常规检查肝十二指肠韧带内胆总管走行是否完整,管壁是否充盈,观察胆囊床及肝十二指肠韧带组织上是否有点片状“黄染”,常规直视下检查胆囊有无异常管道从胆囊发出,有助于进一步判定有无胆管损伤,以便及时采取应对措施。

综上所述,笔者认为正确掌握 LC 的适应证,不单纯追求 LC 的数量,术中重视胆管解剖变异,炎症水肿、粘连致胆管正常解剖结构失常的存在;正确分离 calot 三角,适时中转开腹是规避胆管损伤的关键。

参考文献:

[1] 刘永雄.“小”手术,大学问——谈作好胆囊切除术[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):577-577.
[2] Vechio R, Macfadgen BV. Laparoscopic cholecystectomy: review of 40 united states published series[J]. Surgical Endoscopy, 1998, 12(4):547-552.
[3] 刘国礼.腹腔镜胆囊切除术的现状与展望[J].肝胆胰外科杂志,2000,12(1):1-2.
[4] 黄玉新,朱炳炎,陆正明,等. Mirizzi 综合征的诊断与腹腔镜胆囊切除术治疗的体会[J].中华消化内镜杂志,2000,17(1):76-77.