

文章编号:1005-6947(2006)08-0632-02

· 临床报道 ·

# LC 术中对胆囊管增粗及 Calot 三角水肿处理体会

杨会明<sup>1</sup>, 苏金华<sup>1</sup>, 田巍<sup>2</sup>

(1. 湖北省荆门市康复医院 普通外科, 湖北 荆门 434500; 2. 湖北省荆门市东宝区人民医院, 湖北 荆门 434500)

**摘要:**为探讨 LC 术中胆囊管增粗的处理方法, 作者回顾性分析 1.5 年内对 17 例胆囊管增粗病人行 LC 术的临床资料, 其中直径 0.4~0.5 cm 6 例, 直径 0.6~0.7 cm 5 例、 $\geq 0.8$  cm 6 例。在 LC 术中分别采用阶梯施夹法 11 例、大号钛夹法 4 例、圈套器法 1 例, 8 例置腹腔引流管。17 例中 16 例 LC 成功, 1 例中转开腹手术。14 例无并发症痊愈出院, 2 例术后 3d 出现胆漏, 经 ERCP 造影, 经皮经肝穿刺引流, 术后 21d 治愈出院。提示在 LC 术中采用适当的方法处理增粗的胆囊管可获得满意疗效。

**关键词:** 胆囊切除术, 腹腔镜; 胆囊管/外科学

**中图分类号:** R322.4; R657.4

**文献标识码:** B

常规情况下, 腹腔镜胆囊切除术 (LC) 中处理胆囊管, 一般使用 2 枚平行的中号钛夹关闭胆囊管的残端已足够。但在胆囊管增粗 ( $> 0.4$  cm) 和 calot 三角水肿的情况下, 胆囊管的处理存在一定难度。本文报告 2002 年 12 月—2004 年 4 月, 我院在 17 例胆囊管增粗和 calot 三角水肿患者行 LC 术的处理方法。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

17 例胆囊管增粗病例中男 5 例, 女 12 例; 年龄 30~66 (平均  $53.62 \pm 11.6$ ) 岁。17 例中胆囊及胆总管结石 13 例, 胆囊管内结石 4 例。其中包括胆囊颈部结石嵌顿 7 例, 胆囊颈部息肉 4 例。有黄疸史 2 例, 入院后体检发现黄疸 1 例。术中发现胆囊管直径 0.4~0.5 cm 6 例、直径 0.6~0.7 cm 5 例, 直径  $\geq 0.8$  cm 6 例。

### 1.2 方法

**1.2.1 诊断** 17 例均在术前通过肝胆胰彩超明确存在胆囊管增粗, 其中 6 例进行了肝胆胰 CT、MRI 及胆胰管水成像检查, 排除了胆胰管的占位性病变。

**1.2.2 LC 胆囊切除术** 仔细解剖 calot 三角, 当分离出胆囊管后, 根据胆囊管增粗和 calot 三角水肿情况分别采用不同的方法处理增粗的胆囊管, 闭合胆囊管残端。其中阶梯施夹法 11 例 (胆囊管直径 0.4~0.7 cm 11 例); 大号钛夹

法 4 例 (直径大于 0.8 cm 4 例), 圈套器法 1 例 (直径 0.8 cm 以上 1 例)。切除胆囊后, 生理盐水反复冲洗腹腔, 未发现活动性出血及胆汁渗漏, 其中 8 例胆囊管壁水肿, 增厚明显者于肝下小网膜孔置腹腔引流管。1 例因 calot 三角水肿、粘连严重、肝总管的走向难以确认, 中转开腹手术。

## 2 结果

16 例 LC 成功的患者中, 14 例无并发症痊愈出院, 2 例术后 3d 腹腔引流管出现胆汁样液体, 每日约 100~200 mL, 伴右上腹胀痛不适, 术后 4d 行 ERCP, 胆道系统未见造影剂外溢, 疑为胆囊床处毛细胆管胆漏, 经皮经肝穿刺引流术, 并予抗炎, 营养支持, 维持其负压引流, 术后 21d 腹腔引流液减少、拔除引流管, 痊愈出院。

## 3 讨论

在 LC 术中, 将胆总管或肝总管错认为胆囊管是最常见的损伤, 尤其是在胆囊管增粗的病例中, calot 三角往往存在粘连水肿, 病理改变多样, 肝外胆管, 胆囊动脉变异甚多。所以 calot 三角是最容易出差错的地方, 也是处理胆囊管增粗和 calot 三角水肿的操作难点所在<sup>[1]</sup>。因此术中分离胆囊管时, 应向外牵拉或提起胆囊壶腹部, 充分暴露, 找准间隙, 然后用分离钳进行分离, 防止盲目硬性插入。不要有先入为主的观点, 准备施夹前, 尽量认清“三管”关系, 适当扩大 calot 三角的分离范围, 明确胆囊管未进入肝脏, 并与胆囊壶腹部相延续。钛夹靠近胆囊壶腹和胆囊壁操作是其基本原则<sup>[2]</sup>, 必要时中转开腹。

处理增粗的胆囊管可以采用以下方法: (1) 阶梯施夹法: 在胆囊管近端钳夹 2 枚中号钛夹, 远端钳夹。在它们之间剪开部分胆囊管, 而后在剩余胆囊管的近端部分平行钳夹

收稿日期: 2006-06-11; 修订日期: 2006-07-09。

**作者简介:** 杨会明, 男, 湖北荆门人, 湖北省荆门市康复医院副主任医师, 主要从事肝胆外科及腹腔镜方面的研究。

**通讯作者:** 杨会明 电话: 0724-2372576。

文章编号:1005-6947(2006)08-0633-02

· 临床报道 ·

# 复杂性胆囊三角的腹腔镜处理

张洪明, 孙小林, 郭玉兰, 成建红

(山西省太原市中北大学附属医院 普通外科, 山西 太原 030051)

**摘要:** 笔者在腹腔镜胆囊切除术中对60例复杂性胆囊三角患者通过采用不同的方法处理取得满意结果。该组除8例中转开腹外,其余52例(87.7%)手术成功。精细处理胆囊三角,注重手术技巧是手术成功的关键。

**关键词:** 胆囊/解剖学和组织学; 胆囊切除术,腹腔镜

**中图分类号:** R322.48; R657.4 **文献标识码:** B

腹腔镜胆囊切除术(LC)目前已成为临床处理胆囊良性疾病的首选术式。但随着病例数的不断增加,LC术的并发症的发生也日渐增多,其中最主要的原因就是胆囊三角的处理不当,尤其是对解剖关系不清等复杂情况的处理。我院2002年1月—2006年1月共处理复杂性胆囊三角60例,取得较好效果,现报告如下。

**收稿日期:**2006-04-05; **修订日期:**2006-07-09。

**作者简介:**张洪明,男,山西祁县人,山西省太原市中北大学附属医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**张洪明 电话:0351-3921500。

1枚中号钛夹,再完全剪断胆囊管,此法的优点是全部使用中号钛夹,无需交换器械,缺点是若胆囊管壁厚,钛夹可能移位或脱落。(2)大号钛夹法:在胆囊管近端,远端各钳夹1枚大号钛夹,在它们之间剪断胆囊管。此法优点是操作方便。如胆囊管增粗明显,也可将此法与阶梯施夹法结合使用。(3)圈套器结扎:当胆囊管明显增粗,特别是水肿增厚明显时,宜用此法<sup>[3]</sup>。(4)胆囊管内结石:在术中若发现胆囊管,特别是局部膨大时,可用分离钳轻夹胆囊管,若无结石,胆囊管可夹扁,当有小结石时,有钳夹硬物感,如果结石近端胆囊管足够长,可先夹闭近端胆囊管而后切断之,再将结石挤出。如果结石近端较短,无法施夹,可先用分离钳从胆囊管近端将结石逐渐向胆囊方向挤压,待结石近端胆囊管足够长时再施夹,但要防止不慎将结石挤入胆总管。如遇嵌顿,先夹闭近端胆囊管,再将结石处胆囊管横行或T形剪开,取出结石。

LC术后,因胆囊管增粗,特别是水肿增厚时,钛夹或圈套器可能移位或脱落,造成胆漏。而有时因胆囊动脉与胆

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男14例,女46例;年龄32~80(平均61)岁。其中胆囊三角区严重粘连14例,胆囊管结石嵌顿31例,萎缩性胆囊炎8例,Mirizzi征5例,胆囊三角解剖变异2例。术前诊断均为急性或慢性结石性胆囊炎。

### 1.2 处理方法

气管插管全麻下,常规建气腹(压力为12~15mmHg,即1.6~1.9kPa),仰卧位,头高脚低15°~20°,采用常规四孔法入腹。入腹后,首先辨认胆囊管、肝总管、胆总管,再处理

胆囊管粘连而一起施夹时,术后出血的可能性也会增加。因此,术后放置腹腔引流是必要的。多使用单腔硅胶管,近端剪4~5个直径0.2cm的孔,置于小网膜孔处,引出腹外。腹腔引流一方面有助于术后观察有无出血和胆漏;另一方面,即使发生胆漏,部分病例也可通过充分引流,同时加强抗炎、营养支持治疗而获痊愈。当然,是否放置引流与术者的经验和判断是分不开的。

## 参考文献:

- [1] 王存川. 实用腹腔镜外科手术学[M]. 暨南大学出版社 2002, 54.
- [2] 邹声泉. 实用腔镜外科学[M]. 人民卫生出版社 2003, 7, 311-312.
- [3] 李立波, 李君达. 影响LC胆囊切除术胆道损伤修复效果的因素[J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(5), 263-265.