

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^[3]。(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.

胆囊三角区。尽量采用顺行法剥除胆囊。如无法分清胆囊三角关系,可逆行剥除胆囊或顺逆结合处理,甚至行胆囊大部切除。先打开胆囊壶腹前后壁浆膜层,然后利用抓取钳、吸引器进行牵引、刮除、吸除周围组织,钝性分离胆囊三角区,严禁盲目钳夹管道。术中炎性粘连较重,局部组织脆弱,创面渗血较多者,术毕常规放置橡皮引流管,观察24~48h,如无胆汁及血性液漏出即可拔除引流管,术后根据炎症情况使用抗生素5d左右。

2 结果

60例均经手术治愈。其中中转开腹8例;开腹原因为:胆囊三角区结构不清(1例),Mirizzi征(2例),胆管解剖变异(1例)以及肝总管损伤(3例)、胆囊动脉损伤出血(1例)。肝总管损伤者,分别行修补术后置长臂“T”型管作内支撑引流,肝管对端吻合加“T”型管引流,肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术;胆囊动脉损伤者,开腹结扎止血后行胆囊切除术。其中未开腹患者的平均住院天数为4~6d,开腹的为8~20d。

3 讨论

过去认为急性胆囊炎、Mirizzi征、腹腔内广泛粘连等均为LC的禁忌证,随着医疗技术及器械的不断改进和发展,LC手术技巧的熟练,现在LC手术的适应证正在不断放宽,病例数不断增加,但同时亦有手术并发症逐渐增多的报道。本组回顾我院近4年复杂性胆囊三角的LC病例,笔者认为肝胆管及胆囊动脉等并发症的发生除与手术适应证的掌握及术者的肝胆外科素质有关外,更主要的原因在于术者思想上没有认真对待,术中无精细操作,不注重手术技巧所致。本组肝总管损伤者,1例在术中解剖胆囊三角时强行牵拉,导致肝管部分撕裂;1例盲目钳夹,连同肝管一并夹闭;1例电凝时意外灼伤肝总管侧壁。胆囊动脉的损伤是钛夹滑脱后反复盲目钳夹所致。

本组病例,手术开始时所见胆囊三角关系均不清楚。胆囊管结石、胆囊颈部结石嵌顿是导致胆囊三角解剖关系复杂化的最常见的原因,其次是Mirizzi征和肝外胆管的变异。针对不同情况,笔者术中采取以下具体措施来避免并发症的发生。(1)超过72h的急性胆囊炎,渗出物增多,胶原机化,纤维素粘连加重,往往造成胆囊三角严重瘢痕粘连,外观难以辨认任何解剖层次和关系,即所谓“冰冻样”改变^[1]。此时,应先寻找胆囊壶腹部,胆囊壶腹是重要的解剖标志,胆囊壶腹与胆囊管交界的解剖位置恒定,所以确定此交界是手术的关键。交界确认后,逐步小心少量用电钩切开壶腹部周围浆膜层,凡遇稍粗的条索带样组织,均施钛夹夹闭,贴近胆囊壁电凝切断;如果仍难操作,不必强行分离,可自胆囊壶腹部行胆囊大部切除。(2)在胆囊底部用电凝钩打孔减压,同时细心地利用吸引器进行吸、刮、推以帮助暴露和解剖胆囊三角^[1];本组有18例采用此法均获成功,但已安置钛夹处尽可能避免抽吸,以防钛夹脱落。本组1例因反复抽吸致钛夹脱落出血

不止,教训深刻。(3)因急性炎症常使胆囊管增粗、扭曲、缩短,所以助手应随时用抓取钳于不同位置帮助牵引胆囊,使胆囊管随着术者的操作逐渐“伸长”,与肝管及其他组织分离开来,从而便于用钛夹夹闭胆囊管,避免损伤胆道。若胆囊管明显增粗,不必细心解剖,一般使用普通钛夹双向平行对夹处理即可^[2]。但是,有时胆囊管水肿严重或夹闭组织过多,尤其钛夹型号偏小、质量偏差时,仍难完全夹闭胆囊管或导致钛夹松脱。本组有28例采用7号丝线先行结扎,再施钛夹夹闭,取得成功,效果良好,能有效避免术后胆漏的发生。(4)胆囊管结石或颈部结石嵌顿,有时胆囊管明显增粗缩短,与胆囊壶腹不易区分,此时确认结石位置非常重要,一般仔细观察、探查,发现有突出感及串珠样改变者即为胆囊管或颈部所在。如结石不易推动,有报道将结石夹碎,允许部分坠入胆总管,然后胆道镜处理或开腹处理^[3]。笔者认为比较烦琐,且易发生并发症,不如直接开腹手术。如要在腹腔镜下处理,应将结石尽量夹软、而不使其碎,并推至胆囊;实在无法推动则中转开腹手术,以避免胆管损伤等并发症的发生。(5)复杂性胆囊三角中亦常发现Mirizzi征,文献报道术前确诊率16%~25%^[4],大部分在术中诊断。该病一般病程较长,胆囊腔小、壁厚、胆囊三角严重粘连,甚至胆囊管与肝总管粘连并行,有的形成内瘘,极易损伤胆管。预防的办法是从胆囊壶腹上下两个方向向三角区解剖,尽量敞开三角区,一般仍可分离出有用的间隙,分别处理胆囊管和胆囊动脉^[5],或采用逆行胆囊切除或仅行部分胆囊切除,但大多数情况下,以选择中转开腹手术为好。(6)各种类型的副肝管常导致胆囊三角解剖关系复杂化。临床上胆囊切除致胆总管、肝总管的损伤占医源性胆管损伤的90%^[6],应引起高度重视。术中应紧贴胆囊壶腹分离;遇到可疑管道,要仔细辨认,尤其是变异的右后叶胆管经胆囊三角内/后低位汇入胆总管或胆囊管汇入右后叶肝管者,极易损伤。实在辨别不清,立即中转开腹手术。

总之,选择合适的手术时机,熟悉胆囊三角的各种解剖关系,术中沉着冷静,巧妙应对,复杂性胆囊三角行LC术处理还是安全、有效、可行的。

参考文献:

- [1] 高峰,呼延清,刘勇峰.急性胆囊炎腹腔镜切除术:附58例报告[J].中国普通外科杂志,2005,14(1):19.
- [2] 林森旺,孙镇蛟.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):164-165.
- [3] 陈左会,罗平.胆囊管结石的治疗:附158例报告[J].中国普通外科杂志,2005,14(1):7-9.
- [4] 刘沅丰,黄毅为. Mirizzi征27例临床分析[J].中国普通外科杂志,2001,10(1):87-88.
- [5] 陈梅福,吴金术,周海兰,等. LC术中胆囊三角的处理技巧[J].中国内镜杂志,2005,11(1):55-56.
- [6] 吴金术.吴金术肝胆胰外科[M].长沙:中南大学出版社,2003.350.