

文章编号:1005-6947(2006)03-0236-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊切除术中肝外胆管损伤的预防措施

杨爱国, 聂凯, 邹耀祥, 刘静, 李冉冉

(解放军第一七五医院 普通外科, 福建 漳州 636000)

摘要:分析10年间行腹腔镜胆囊切除术(LC)715例,其中顺行LC 585例,逆行LC 125例,中转开腹胆囊切除术(OC)5例。LC成功率99.3%(710/715)。无肝外胆管损伤。笔者的经验是,不盲目追求“三管一壶”的完全显露,顺行LC,逆行LC和适时中转OC的结合应用,避免不正确操作以及注意胆囊管的局部解剖变异,是避免LC中肝外胆管损伤的有效措施。

关键词:胆囊切除术,腹腔镜/副作用;胆管,肝外/损伤

中图分类号:R619.501;R322.4 **文献标识码:**B

腹腔镜胆囊切除术(LC)中由于其创伤小,恢复快,深受患者欢迎,但其术中肝外胆管损伤仍屡出不断,发生率徘徊在0.3%左右^[1]。由此给病人带来痛苦和经济负担,甚至出现医疗纠纷。因此,不断探讨LC中避免胆管损伤有重要临床意义。我科从1995年1月—2005年6月行LC 715例,顺利完成LC 710例,5例中转剖腹切除胆囊(OC)。LC成功率99.3%,无肝外胆管损伤。现将笔者在LC中避免肝外胆管损伤的做法介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男224例,女491例。年龄26~82(平均46)岁。胆囊炎性结石383例,慢性萎缩性胆囊炎162例,胆囊息肉170例。

1.2 方法

采用德国Storz公司组装的腹腔镜系统进行LC操作。首先镜下寻找胆囊,了解胆囊与周围是否粘连及粘连程度,胆囊大小、壁的厚薄、张力大小,胆囊三角是否粘连、粘连是否紧密,胆总管、肝总管、胆囊管、胆囊壶腹(三管一壶)是否能辩清。根据镜下探查结果,采用顺行胆囊切除、逆行胆囊切除或中转剖腹胆囊切除3种方法完成手术。镜下“三管一壶”能清楚辨认者533例,均顺利施行顺行切除胆囊术;因胆囊萎缩、壁厚>5mm、胆囊三角粘连致密、“三管一壶”辨认不清182例,其中镜下逆行切除125例,镜下顺行切除胆囊52例,中转OC 5例。

1.3 结果

术后发生胆漏2例,对该2例当天镜下再次探查,1例

为胆囊管残端夹闭不全,1例为胆囊床迷走胆管损伤,均在镜下钛夹后胆漏消失。本组无肝外胆管损伤。

2 讨论

对于LC中预防肝外胆管损伤的方法,笔者体会如下:

(1)不盲目追求“三管一壶”的显露:LC中“三管一壶”能辩清,无疑手术容易且不易损伤肝外胆管。本组镜下“三管一壶”能辩清者仅占533例,占74.5%;因肝硬化胆囊三角海绵样增生、胆囊反复炎症充血水肿、粘连致密、大量脂肪于胆囊三角处堆积致镜下环境不能辩清“三管一壶”182例,占本组25.5%。笔者认为对此不要盲目追求“三管一壶”的显露,只要认准胆囊壶腹,沿胆囊管表面撕开表面的粘连和浆膜,显露并游离胆囊管,处理胆囊动脉,切除胆囊即可。若强行分离,显露胆总管、肝总管,将会增加副损伤机会^[2]。

(2)重视逆行切除胆囊在LC中的应用:LC中通常是顺行切除胆囊,但若胆囊三角炎症水肿、增厚、粘连致密,甚至“冰冻样”粘连,则可尝试逆行切除,即先把胆囊从胆囊床游离,然后依次分离出胆囊动脉,胆囊管并钳夹、切断。本组715例中有182例“三管一壶”辨认不清,其中125例(68.7%)采用逆行LC成功。此法具有提高LC成功率,减少肝外胆管损伤的作用。

(3)术中注意胆囊管的局部解剖变异:LC中处理某些变异的胆囊管时,易导致胆总管、肝总管损伤。如胆囊管汇入右肝管、胆囊管于肝总管并行低位汇入肝总管等变异,在分离、钳夹、切断胆囊管时易导致肝总管损伤。因此术中须注意胆囊管走行与肝外胆管的关系^[3],是处理变异胆囊管时预防肝外胆管损伤的有力措施。

(4)避免不正确操作:不正确操作包括强行分离粘连致密的胆囊三角和胆囊壶腹与肝总管致密粘连,在肝外胆管表面或其附近使用电刀或电凝以及电刀、电凝器件碰触钛夹,

收稿日期:2005-07-13; 修订日期:2005-11-30。

作者简介:杨爱国,男,福建龙海人,解放军第一七五医院主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:杨爱国

文章编号:1005-6947(2006)03-0237-02

· 临床报道 ·

腹腔镜下行经胆囊管插管胆道造影术

严立俊¹, 张伟², 汤利民¹, 胡志前², 王益强¹

(1. 江苏省宜兴市张渚人民医院 普通外科, 江苏 无锡 214231; 2. 第二军医大学附属长征医院 普通外科, 上海 200003)

摘要: 回顾性分析 67 例行腹腔镜下经胆囊管插管胆道造影术患者的临床资料。本组 66 例插管造影成功, 1 例失败, 成功率 98.5%。其中输尿管导管(选用 5~6F)直接插入胆囊管造影成功者 59 例, 经斑马导丝引导插入输尿管导管造影成功者 7 例。无胆管损伤、胆道感染、胆道出血等并发症。提示腹腔镜下经胆囊管插管胆道造影术是一种操作简便、成功率高、良好的胆道造影方法, 值得推广。

关键词: 胆道造影术; 胆囊切除术, 腹腔镜

中图分类号: R816.3; R657.4 **文献标识码:** B

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)体现了微创的优点, 在外科领域应用广泛。行腹腔镜下术中胆道造影(laparoscopic intraoperative cholangiography, LIOC)可降低术后胆道残余结石和胆道损伤等并发症, 对提高 LC 的疗效有重要意义。2002 年 1 月—2005 年 6 月笔者共行腹腔镜下经胆囊管插管胆道造影术 67 例, 效果满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 21 例, 女 46 例; 年龄 23~66 岁, 平均 45 岁。均经腹部 B 超或(和)CT 检查确诊为胆囊结石患者。其中

单纯胆囊结石病史超过 5 年者 8 例, 术前有黄疸病史者 32 例, 术前 B 超检查提示胆总管增粗者 22 例, 术中发现胆囊管较长、与胆总管并行不能明确汇入者 5 例。

1.2 造影方法

造影导管选用 5~6F 输尿管导管, 斑马导丝直径 0.635 mm(美国 Boston Scientific 公司生产)。输尿管导管及斑马导丝由 3mm 套管针放入, 造影剂为 30% 泛影葡胺。常规四孔法行 LC, 右腋前线处放置 3mm trocar 套管针。常规解剖胆囊三角, 分离出胆囊管及胆囊动脉。先夹闭切断胆囊动脉, 以防插管造影过程中撕裂出血。Windows 孔处放置一小纱布条, 以防胆汁漏入小网膜腔。胆囊管近断以一枚钛夹夹闭, 向右上方牵拉胆囊, 剪开胆囊管 1/3~1/2 周。将输尿管导管经胆囊管切口插入, 直接插入困难者, 先插入斑马导丝再导入输尿管导管。导管插入 3~5 cm, 7 号线扎紧近心端胆囊管, 以防止导管滑脱及造影剂漏出。位于腹腔外的输尿管导管后端接注射器, 推注 30% 泛影葡胺 20~30 mL, 去除摄片区腹腔内手术器械, 完成造影。

收稿日期: 2005-12-06; **修订日期:** 2006-02-07。

作者简介: 严立俊, 男, 江苏阜宁人, 江苏省宜兴市张渚人民医院主治医师, 主要从事肝胆和微创外科方面的研究。

通讯作者: 严立俊 电话: 0510-8067150; E-mail: dr.yanlijun@gmail.com。

不正确操作可能直接或间接引起肝外胆管损伤。

(5) 适时中转 OC: LC 中, 对于胆囊三角呈“冰冻样”粘连, 胆囊壶腹与肝总管粘连致密, 甚至形成内瘘, 胆囊萎缩, 壁厚 > 5 mm 不能钳夹, 胆囊及其周围炎症水肿粘连严重, 顺行、逆行法切除胆囊困难者, 活动性出血不能迅速控制致视野不清, 均是中转 OC 的适应证。本组 715 例中, 有 5 例因以上原因顺性、逆行切除胆囊困难中转 OC, 占 0.7%。笔者认为适时果断中转 OC, 不是 LC 失败, 而是 LC 中为避免肝外胆管损伤的明智选择。

笔者认为, 以上五点要领是避免或降低肝外胆管损伤

的有效措施。

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.
- [2] Hunter JG. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomies[J]. Am J Surg, 1991, 161(5): 377-378.
- [3] 杨爱国, 周松, 邹耀祥, 等. LC 胆囊动脉胆囊管的局部解剖观察及其临床意义[J]. 腹部外科, 2003, 16(3): 161-162.