

文章编号:1005-6947(2007)02-0193-02

· 临床报道 ·

# 合并肝硬化患者的腹腔镜胆囊切除术

严立俊, 汤利民, 张棉成, 张贇, 王益强

(江苏省宜兴市张渚人民医院 普通外科, 江苏 宜兴 214200)

**摘要:**对2004年6月—2005年6月行LC的16例合并肝硬化患者临床资料进行回顾性分析。16例患者术前的肝功能为Child A级,均腹腔镜下完成手术,无中转开腹手术。手术时间35~115min,平均52min。术中出血40~300mL,平均75mL。无胆道损伤、术后出血等并发症。合并肝硬化的Child A级患者的胆囊结石行LC是安全可行的,体现了微创治疗的优点。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2):193-194]

**关键词:** 胆囊切除术, 腹腔镜; 肝硬化

**中图分类号:** R657.4      **文献标识码:** D

胆囊结石合并肝硬化时由于特殊的解剖和病理生理改变,使得腹腔镜胆囊切除术(LC)变得困难与复杂。笔者2004年6月—2005年6月对合并肝硬化的胆囊结石患者行LC 16例,效果满意,现报告如下。

**收稿日期:**2006-04-27; **修订日期:**2007-01-10。

**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普通外科主治医师,主要从事肝胆微创外科方面的研究。

**通讯作者:**严立俊 E-mail:yanlijun@gmail.com

## 1 临床资料

本组男11例,女5例;年龄34~67(平均45)岁。均经B超等检查证实为慢性胆囊炎、胆囊结石,肝硬化。其中乙型肝炎后肝硬化12例,血吸虫性肝硬化4例。术前肝功能均为Child A级,无上消化道出血史,上消化道钡餐或(和)胃镜证实胃底食道下段静脉曲张10例,脾功能亢进11例,血小板为 $(30 \sim 60) \times 10^9/L$  4例。采用四孔法行LC,腹腔镜下均证实肝硬化,肝门区静脉曲张明显者11例,肝脏明显萎缩3例,肝左叶代偿性肿大5例。

温 $>39^\circ\text{C}$ 或 $<36^\circ\text{C}$ , (5)胆汁为脓性,切开胆总管时内压力明显增高;(6)血培养阳性。其中两项阳性者,即可诊断为ACST。ACST病理基础是胆道高压的持续存在,胆汁淤积,细菌很快繁殖,导致含有胆红素颗粒的混合血栓、细菌及其毒素、炎症介质等通过肝脏进入血液循环内。出现全身炎症反应综合征(SIRS)。表现为脓毒性休克,继而出现MODS<sup>[3]</sup>。ACST病情发展凶猛、病死率高,尽早的胆道减压引流是降低本病死亡的关键,病情发展到一定阶段,若不手术减压,病情难于逆转。本组病死率8.3%。在休克6h内进行手术者全部存活。超过24h手术6例,除1例生存外,余5例手术后死于休克、多器官功能衰竭。因此应针对患者的不同病情选择手术时机:(1)对于已确诊的ACST患者,术前动态观察应 $<24\text{h}$ ,应在出现休克和/或精神症状之前采用手术治疗,越早手术,效果越好。本组44例未出现休克的患者及时手术,全部治愈;(2)已出现休克的患者应先予以抗休克、抗感染治疗,病情一旦稳定或好转,即是施行胆道减压引流手术的适宜时机。但有时为避免延误抢救的良好时机,亦应在抗休克、抗感染的同时急诊手术<sup>[4]</sup>。(3)对于有反复多次胆道手术史、及老年合并有心脏、肺、肾等重要器官病变的,不应视其病情复杂,过分强调术前准备及检查,而延误手术时机,导致病情恶化。

手术的目的主要是解除梗阻及引流胆道,以抢救生命为主,不强调手术的彻底性,手术方式力求简单,安全有效。应避免过多的操作和过于复杂的手术,尤其是肝内胆管结石,不强求切除病灶肝或取净肝内结石。但必须做到清除引流上方的梗阻,引流管必须放置于梗阻上方的肝内胆管才有效<sup>[5]</sup>。但对于个别休克已纠正,生命体征平稳,病情允许的年青患者,笔者主张在取除胆总管结石的同时,尽可能取净肝内胆管结石,以免再次手术,增加病人的痛苦和经济负担。

## 参考文献:

- [1] 孙中杰,潘承恩.重症急性胆管炎48例治疗体会[J].实用外科杂志,2001,21(6):356-357.
- [2] 王志强.肝胆管结石专题讨论会纪要附件[J].中华外科杂志,1983,21(6):373.
- [3] 黄荣柏.急性重症胆管炎的治疗[J].中国普通外科杂志,2000,9(2):146-148.
- [4] 王志强.重症急性胆管炎的手术时机分析[J].中国普通外科杂志,1997,6(1):40-41.
- [5] 吕新生,韩明.胆道外科[M].湖南:湖南科学技术出版社,1997.214.

## 2 结果

16例LC均获成功,无中转开腹者。手术时间35~115min,平均52min。术中出血40~300mL,平均75mL。对本组9例胆囊床渗血者,采用纱布压迫结合电凝棒电凝,确切止血。无胆道损伤、术后出血、腹水、感染等并发症及手术死亡。术后应用广谱抗生素,保肝治疗。术后复查肝功能均为Child A,1~2d下地活动、进食,术后住院3~8d,平均4.6d。均痊愈出院。

## 3 讨论

肝硬化患者由于自身代谢的特点,胆囊结石的患病率较无肝硬化患者明显增高,而肝硬化的存在增加了胆道手术的难度,使手术的危险性大大增加<sup>[1-3]</sup>;不同程度的肝功能损害和凝血功能异常,肝脏的解剖学变化,门静脉高压致胆囊三角及胆囊床容易出血而不易自止。此外,LC时气腹可通过血流动力学的改变加重肝功能的损害,气腹越高肝功能损害越大。但肝硬化条件下行LC避免或减少了开腹手术所带来的创伤、应激、感染、出血等,很大程度上减少术中、术后的治疗风险,具有以下优点:(1)创伤小、出血少、恢复快,使得肝硬化患者承受手术的能力得到加强。(2)术者不与患者的血液、脏器直接接触,大大降低术者感染肝炎病毒的可能性。(3)术后腹腔内粘连少,对日后再次手术有利。

笔者体会肝硬化条件下行LC是安全可行的,体现了微创治疗的优点,但应注意以下问题:(1)树立“小胆囊,大学问”的思想<sup>[4]</sup>。认识到合并肝硬化患者行LC可能存在的危险,遇到困难尤其是大出血时应保持清醒的头脑。(2)选用全身麻醉,慎用有肝脏损害的麻醉药,减轻对肝脏的影响。建立气腹应缓慢进行,腹内气压维持在10~12mmHg(1mmHg=0.133kPa),既不影响手术显露又尽可能减轻气腹对肝功能的损害。(3)操作孔的选择<sup>[3]</sup>。根据脐周静脉有无开放及其开放的程度,适当变动观察孔的位置,避免损伤出血而造成不必要的麻烦。(4)肝脏移位、肝左叶明显代偿增大时术野常常不能得到很好地显露。笔者采用的办法是:位于剑突下主操作孔的左上方作

第五孔,置入3mm套管针,以抓钳经肝圆韧带下方夹持胆囊底部,或夹持小纱布球,向头侧顶起肝脏,钳身可将增大肝左叶翻起。而且该孔的设定对主操作孔没有影响,本组有5例采用此法使手术野得到良好显露。(5)出血的预防与处理。应做到:第一,轻柔操作,严防粗暴操作。肝硬化条件下胆囊壁脆弱,牵拉张力不能过大,以免胆囊壁或胆囊床撕裂出血;胆囊三角纤维粘连、炎性水肿,易发生撕脱出血,不宜进行钝行分离,应用电凝钩结合分离钳进行少量组织逐步分离。第二,细致解剖,防止误伤血管胆管。分离切断的组织结构应清晰,疑有血管,用电凝或钛夹处理,以免造成大出血。第三,游离胆囊动脉及胆囊管找准间隙,胆囊动脉及胆囊管不宜骨骼化以防切割或滑脱。第四,剥离胆囊时找准平面,尽量保留胆囊床的纤维层,过深会有较多出血,甚至腹腔镜下无法处理的出血。对非搏动性出血可用纱布条直接压迫,数分钟后多可停止。出血明显者,纱布条压迫、吸尽积血后再逐步移开纱布再以电凝或钛夹止血,不可盲目,以免造成更严重的出血或胆管损伤。腹腔镜下无法控制者应立即中转开腹。(6)由于术中多有渗血而且患者伴有凝血功能障碍,宜常规放置腹腔引流管,可排除积血、积液,并可观察是否有腹水、术后出血及胆漏。

此外,加强对患者围手术期的处理,完善的术前准备,积极的术后处理有利于减少手术并发症,提高手术治愈率。

### 参考文献:

- [1] 刘鹏,陈训如.肝硬化与腹腔镜胆囊切除术[J].肝胆胰外科杂志,2001,13(1):51-52.
- [2] 侯金华,黄峻松,龚兵.静止性肝硬化对腹腔镜胆囊切除术的影响[J].腹腔镜外科杂志,2003,8(3):153-154.
- [3] 靳常海,刘君,崔刚.肝硬化患者行腹腔镜胆囊切除术[J].腹腔镜外科杂志,2005,10(2):117-119.
- [4] 陈波,何生,邓靖宇.肝硬化合并胆道疾患的胆囊切除:附40例报告[J].中国普通外科杂志,2005,14(8):582-584.