

文章编号:1005-6947(2007)07-0709-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊大部分切除术:附26例报告

董播, 李克军, 程雷, 罗海峰, 王洪江, 巩鹏, 赵作伟, 王忠裕

(大连医科大学附属第一医院 普通外科, 辽宁 大连 116024)

摘要: 回顾性分析1996年7月—2007年2月实施的26例腹腔镜胆囊大部分切除术患者的临床资料。结果显示,26例均未中转开腹,术后无出血、黄疸及肝外胆管损伤发生。随访3~36个月,全组均未后遗“小胆囊”,未见与手术有关的并发症发生。笔者认为,腹腔镜胆囊大部分切除术可降低手术风险及中转开腹率,但要警惕“小胆囊”的发生,在胆囊切除术中认清胆囊三角区解剖关系,是预防“小胆囊”的关键。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):709-710]

关键词: 胆囊切除术,腹腔镜/方法;手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R657.4

文献标识码: B

腹腔镜胆囊大部分切除术(LSC)是当胆囊三角周围组织炎症水肿重、瘢痕粘连致正常的组织结构不易辨别情况下,为避免胆管损伤和大出血,而不得已采用的一种手术方式。因残留部分胆囊颈部或较长的胆囊管,术后遗留“小胆囊”的发生率高。我科1996年7月—2007年2月,共行LSC 26例,术后随访均未发现有“小胆囊”形成,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男15例,女11例;年龄43~81(平均59.3)岁。急性化脓性胆囊炎6例,坏疽性胆囊炎4例(其中胆囊穿孔2例),慢性胆囊炎急性发作12例,Mirizzi综合征4例(I型2例,II型2例)。合并胆囊结石者23例,其中胆囊颈结石嵌顿者5例,无结石者3例,胆囊管闭塞形成胆囊积液积脓者11例,合并胆囊癌者1例;急性期病程1~15d。

1.2 手术方法

全组病例均采用气管内插管全麻,CO₂气腹(PCO₂ = 10~14 mmHg, 1 mmHg = 0.133 kPa),四孔法操作。胆囊张力大或壁厚不便钳夹把持者先行胆囊减压,用电钩剖开胆囊底部,吸净胆囊内胆汁,取出其内结石。因胆囊床上的胆囊壁与肝脏致密粘连,强行分离,必造成肝脏损伤及过多出血,可沿胆囊床边缘切除胆囊大部。尽量显露胆囊管,若胆囊管或胆囊颈部已呈胼胝体样改变,并与周围组织粘连成整体,胆囊管无法游离出来,可在胆囊管和壶腹移行部环形离断。电刀灭活处理残留胆囊壁黏膜,残端采用圈套线结扎,或在胆囊颈部行8字缝合,关闭胆囊管开口。常规于文氏孔置腹腔引流管1根。

2 结果

2例患者术后7~10d出现右上腹疼痛、饱胀不适,行彩超或CT检查,发现在胆囊窝处出现大小不一的液性暗区,未见结石影,半个月后复查彩超或CT,液性暗区减小,1个月后再次复查,液性暗区消失,并在胆囊窝处出现带状或片状偏强回声,边缘欠规则,右上腹疼痛不适等症状亦缓解,排除有“小胆囊”或“假胆囊”的形成。术后全部患者随访3~6个月,均无腹痛、发热、恶心、呕吐等不适。

3 讨论

LSC是对某些难以常规腹腔镜胆囊切除术(LC)完成的患者采用的手术方式,大大降低了胆总管和肝管损伤并发症的发生,但是要严格掌握LSC的手术适应证,不能无限度扩大适用范围,通常适用于^[1]:(1)肝内型胆囊,胆囊与肝实质界限不清,强行分离会导致伤肝脏,引起广泛渗血、出血。(2)胆囊严重萎缩变形,解剖结构难以辩清或因肝胆三角致密粘连难以分离,可保留胆囊管;(3)化脓坏疽性胆囊炎,胆囊充血,组织脆性大,分离胆囊床时极易出血、渗血,或Calot三角充血水肿明显,使解剖结构不清,即使逆行法也难以分离出胆囊管甚至胆囊壶腹。

LSC在一定意义上可减少胆道损伤的发生率,但不应当作为预防医源性胆道损伤的常用措施。如残留过长的胆囊管(大于1cm),甚至部分胆囊颈部,因失去胆囊对胆道压力的调节作用及Oddi括约肌痉挛,至胆总管内压力增高,而使残留的胆囊管扩张膨大形成“小胆囊”。或行胆囊大部切除术后,将黏膜灭活不完全的残余胆囊壁缝合,而导致再生炎性“小胆囊”或再生结石^[2]。另外没有严格掌握LSC手术适应证,过于强调LSC的优越性而不及时中转开腹手术,使本可以开腹处理好的问题复杂化,以及手术医生技术不熟练而将胆囊管残端留得过长,这些均可致“小胆囊”形成^[3]。

收稿日期:2007-06-04; **修订日期:**2007-07-09。

作者简介:董播,男,辽宁盘锦人,大连医科大学附属第一医院主治医师,主要从事普通外科和腹腔镜外科的临床方面的研究。

通讯作者:董播 E-mail:DLQL128@yahoo.com.cn

文章编号:1005-6947(2007)07-0710-02

· 临床报道 ·

纤维胆道镜辅助下胆总管探查一期缝合 56 例临床分析

陈学敏, 孙冬林, 薛卫

(苏州大学附属常州第一人民医院 肝胆外科, 江苏 常州 213003)

摘要:为探讨胆道手术时一期缝合总胆管的可行性和安全性。笔者对具有胆道探查指征的患者,施行残余胆囊管及其汇入股切开 2~3mm,然后经此切开处置入胆道镜进行检查和治疗。探查完成后,不放置 T 管,一期缝合总胆管,常规放置腹腔引流。56 例中发现肝外胆管结石 48 例,术中结石取净率为 100%;阴性探查 8 例。胆道镜检查或取石时间为(5~25)min,平均 14min,术后 1 例发生胆瘘。术后住院时间 6~10d,平均为 7d。56 例均获随访,随访时间为 3~20 个月。经 B 超和 MRCP 证实,未发现有肝外胆管狭窄、黄疸或结石复发。提示胆道术中联合胆道镜检查治疗下行胆总管一期缝合是安全可行的。
[中国普通外科杂志,2007,16(7):710-711]

关键词:胆总管结石/外科学;纤维胆道镜;胆道一期缝合

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

随着胆道外科技术的进步以及生物相容性缝合线的应用,胆总管切开探查一期缝合胆管在临床上已有应用,但目前对该术式的效果评价仍有争议。自 2005 年 1 月以来,笔者行经胆囊管及其汇入股切开入路进行胆道镜检查一期

缝合 56 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 14 例,女 42 例,男女比例为 1:3;年龄 24~75(平均 43)岁。所有患者均为胆总管结石或合并胆囊结石行择期手术者。均在门诊经各种影像学检查确诊,术前常规复查 B 超,同时行磁共振胆胰管成像(MRCP)6 例,以确定诊断。

收稿日期:2007-03-20; **修订日期:**2007-06-19。

作者简介:陈学敏,男,湖北襄樊人,苏州大学附属常州第一人民医院主治医师,主要从事肝胆、腹腔镜临床方面的研究。

通讯作者:陈学敏 E-mail:tomuer@163.com

“小胆囊”的诊断主要根据既往有胆囊切除手术史,术后仍反复出现右上腹不适、疼痛等症状,及借助 B 超,CT,MRCP,ERCP 等影像学检查,即可以确诊。B 超是诊断本病最基本的检查方法。术后超声检查在胆囊床区可见有形似胆囊的厚壁囊状无回声区,较正常胆囊略小,此即为残余胆囊,但须排除术后早期(1 个月内)胆囊床水肿和局限性积液可能。若无回声区内有强回声伴声影,则更易确诊。超声检查易受肠道气体和操作者经验影响而误诊或漏诊。MRCP,ERCP 检查均能较为清楚地显示胆道损伤的类型、部位和范围,并为进一步治疗提供可靠的依据。MRCP 为无创性检查,较 ERCP 更为合适。“小胆囊”一旦确诊,原则上均应再次手术,尤其是有症状患者。再次手术,分离胆囊管时必须追溯到开口部,与肝总管、胆总管的关系后方可切断。由于前次手术时因胆囊三角解剖不清而仅行 LSC 者,如再次腹腔镜下切除残余胆囊,则肝外胆管损伤几率极大,故建议最好行开腹手术。但黄志强^[4]指出,残余胆囊只要囊内无结石、炎症及梗阻存在,在长期观察下亦无症状,就可不必再次手术切除。

要避免术后残余胆囊的发生,必须熟知胆囊三角解剖情况,尤其注意胆囊管与肝总管汇合变异情况,如有条件可行术中胆道造影,以明确胆囊管汇合情况,也可避免残

余胆囊内遗留结石。术中尽可能显露胆囊管并离断,如于胆囊颈部切除胆囊,残余胆囊颈部黏膜要充分灭活,以去除胆囊炎发生环境及残株再发结石形成的可能。缝合残端时尽可能消除残腔,有利于增加残端的抗张力强度,减少“小胆囊”发生的可能性。

本组患者残留胆囊颈或较长胆囊管,但未出现“小胆囊”现象,分析原因考虑,可能是残留的胆囊管或胆囊颈部组织明显水肿增厚或成纤维化改变,并与周围组织粘连成整体,结扎或缝扎残端后,已无残腔存留,及日后残端的粘连包裹,使残余胆囊颈部组织质韧坚实,故已不具备“小胆囊”形成的解剖基础。

参考文献:

- [1] 陈彦波,吴唯.腹腔镜胆囊大部分切除术临床应用探讨[J].中国普通外科杂志,2007,16(2):195-196.
- [2] 夏生,黄庭,石景森,等.胆囊大部分切除术的适应症和技术要求[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(5):307-308.
- [3] 李全生,杜景平,张肇达,等.腹腔镜胆囊切除术后残余胆囊的预防和处理[J].中国普通外科杂志,2004,13(7):546-547.
- [4] 黄志强.黄志强胆道外科[M].济南:山东科学技术出版社,2000,705.