

腹腔镜胆囊切除术的探讨(附561例报告)

江文枢 卢榜裕* 蔡小勇 陆文奇 刘祖军 黄飞 靳小建 雷宇 陈永军
(广西医科大学第一附属医院微创外科中心,南宁市 530027)

【摘要】 目的 进一步探讨腹腔镜胆囊切除术,总结腹腔镜胆囊切除术的经验和教训。方法 回顾分析561例胆囊疾病患者行腹腔镜胆囊切除术的临床资料。结果 本组561例中有558例成功施行腹腔镜胆囊切除术,腹腔镜手术成功率99.47%,中转开腹3例,并发症发生率0.71%(4/561),胆管损伤率0.36%(2/561),手术时间(51.36±20.46)min;病人术后住院时间1~10d,平均(4.15±1.36)d。结论 腹腔镜胆囊手术并发症发生率低,具有切口小、创伤少、并发症少、术后痛苦少、恢复快等微创优点,但一旦发生并发症,如果处理失当后果相当严重,必须引起足够的重视,不断加强腹腔镜理论和技术的学习,不断积累经验,才能减少并发症的发生。

【关键词】 腹腔镜;胆囊切除术;并发症

【中图分类号】 R 657.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2009)03-0226-03

Investigation on laparoscopic cholecystectomy (561 cases reports)

JIANG Wen-shu, LU Bang-yu, CAI Xiao-yong, LU Wen-qi, LIU Zu-jun, HUANG Fei, QIN Xiao-jian, LEI Yu, CHEN Yong-jun
(Center of Minimally Invasive Surgery, The First Affiliated Hospital, Guangxi Medical University, Nanning 530027, China)

【Abstract】 Objective To further investigate the methods of laparoscopic cholecystectomy and the treatment and prevention of its complications. **Methods** The data of 561 case of laparoscopic cholecystectomy were analyzed. **Results** Laparoscopic cholecystectomy was successfully performed in 558 of 561 cases (99.47%), 3 cases were transferred to open surgery. Complication rate was 0.71% (4/561), and the biliary leak rate was 0.36% (2/561). The operation time was (51.36±20.46) min. The hospitalization time ranged from 1 to 10 days, averaging (4.15±1.36) d. **Conclusions** Laparoscopic cholecystectomy is a minimally invasive technique, which can be carried out safely and effectively. Its complications can be minimized by emphasizing prevention and improving the techniques of surgery.

【Key words】 Laparoscopy; Cholecystectomy; Complication

随着腹腔镜技术的提高和设备的不断完善,腹腔镜外科取得了很大的发展,现已能完成许多复杂的外科手术^[1-3],但腹腔镜胆囊切除术仍然是微创外科最主要手术之一,尤其是基层医院。随着该手术的普遍应用,并发症的出现也在增多。自2003年8月至2008年12月,我们对561例胆囊疾病的病人行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC),取得了满意的疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组561例病人,男283例,女278例,年龄6~86岁,平均(14.42±53.28)岁,病程20~25年。术前经病史、B超、CT或MRCP等诊断,胆囊结石合并慢性萎缩性胆囊炎25例,慢性结石性胆囊炎454例,胆囊息肉48例,急性胆囊炎20例,胆囊结石合并急性胰腺炎10例,3例为胃大切术后胆囊结石,1例为脾切除后胆囊结石。

1.2 合并症 本组并存有1种以上疾病者132例(23.53%),其中合并高血压病45例,血压为140~210 mmHg/90~120 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);冠心病34例,5例既往有心肌梗塞史;糖尿病13例;慢性支气管炎、肺气肿10

例,肺结核(静止期)15例;心电图异常56例,包括心肌缺血、心肌劳损、ST改变、室早、房早、束支传导阻滞;肝硬化30例;慢性肾功能不全2例等。并存2种疾病41例,并存3种13例。

1.3 腹腔镜手术方式 气管插管静脉复合全身麻醉,手术均采用“三孔法”^[4](有7例“四孔法”,因手术比较困难,术中在右肋缘下腋后线多开一个孔,做辅助操作孔)。病人头高脚底向左侧倾斜30°位,术者及助手在病人左侧。脐部下缘1 cm长弧形切口,Veres针脐部穿刺建立人工气腹,气腹压力维持在12~15 mmHg左右,置入30°腹腔镜探查并引导置入其余trocar,于剑突下、右锁骨中线肋缘下分别置入5 mm、10 mm trocar,为主操作孔和副操作孔;在腹腔镜下解剖胆囊三角,分离出胆囊管,用可吸收夹钳夹,远端钛夹钳夹,中间切断胆囊管,一般用电凝切断胆囊动脉,游离胆囊,胆囊装袋并移走,拭净血迹,检查无活动性出血,无异物残留,手术结束。

2 结果

2.1 治疗效果 561例患者,其中3例中转开腹,1例因胃大部分切除术后粘连严重,另2例术中胆管横断。其余558例行腹腔镜胆囊切除术,患者恢复良好,术后第1天能进食,可下床活动,手术时间平均(51.36±20.46)min;病人术后住院时间1~10 d,平均(4.15±1.36)d。

作者简介:江文枢(1968~),男,硕士学位,副主任医师,研究方向:普外科、微创外科的研究。

* 通讯作者

2.2 术后并发症 胆漏2例,术中放置腹腔胶管引流,引流3~6 d后痊愈。无切口感染,无脂肪液化。

2.3 随访 395例术后出院随访2~30个月,平均8个月,无腹痛、黄疸和发热等并发症。

3 讨论

3.1 腹腔镜胆囊切除的难点 ①解剖变异:有小部分患者由于胆囊管、右肝管或胆囊动脉变异等情况,若稍为处理不当,容易引起并发症。②病程较长的患者因反复发作,局部炎症长期刺激,胆囊壁增厚或萎缩,胆囊三角纤维化或形成胼胝体样变,周围组织严重粘连,破坏了胆囊三角正常的解剖结构;胆囊颈结石嵌顿,致胆囊管缩短或 Mirriz 征;或出现胆囊水肿、急性坏死等。尤其是老年患者,由于免疫力低下,感觉反应迟钝,对感染的应激反应差,临床表现轻而病理改变重,加上往往发病后不能及时就诊及长期误作胃病、冠心病治疗,致使胆囊萎缩、粘连或结石嵌顿,胆囊壁充血、水肿、增厚,囊内充满脓性或柏油样稠厚胆汁,或被周围组织器官包裹,形成疏密不等的粘连,或发生胆囊壁坏疽,Calot 三角区形成至密的冰冻样粘连,均增加了手术的难度、时间和风险^[4]。③合并肝硬化的病人,由于门脉高压,肝门部血管扩张,加之病人凝血功能的障碍,容易导致大出血。

3.2 腹腔镜胆囊切除术的适应证 理论上,腹腔镜胆囊切除术的适应证与开腹手术基本一样,但各家医院开展腹腔镜的时间长短不一,术者的经验和水平有差别。故一般来说,对于初学者,腹腔镜胆囊切除术的适应证为:①胆囊结石,不合并慢性胆囊炎胆囊萎缩、Mirriz 征和急性胆囊炎等;②胆囊息肉,无恶变;③合并有上腹部手术史(尤其是胃大部分切除术)、肝功能较差、凝血功能异常等情况,要慎重一些。LC 的禁忌证:①严重的弥漫性腹膜炎;②急性胆囊炎并重症胆管炎;③急性胆囊炎有发热、黄疸,胆囊明显肿大,壁厚>5 mm,白细胞计数及中性粒细胞明显增高者,同时伴有肝内外胆管结石者;④肝硬化伴有腹水、门脉高压并有出血倾向者;⑤不能耐受全麻的合并症,心肺功能严重衰竭者;⑥胆囊癌。这些禁忌证是相对的,有些经过适当的治疗后仍然可以施行 LC。术者要根据自身的情况严格掌握适应证,循序渐进,当技术熟练后,适应证逐渐放宽。

3.3 腹腔镜胆囊切除术的技术要点 针对腹腔镜胆囊切除术的难点问题,在实际操作中,我们制定了有关腹腔镜胆囊切除术的技术要点,行之有效,已经多年没有出现术中胆管损伤等严重并发症。①手术体位:病人头高脚底向左侧倾斜30°位,这有助于胃、大小肠等向左下方牵拉移位,更好地暴露手术视野。②显露胆囊:采用锐性和钝性交替,仔细分离胆囊与大网膜、胃十二指肠等周围组织的粘连,清楚地显露整个胆囊和胆囊三角。只要认真辨别胆囊、胆囊颈和胆囊三角的结构关系,就可估计手术的难度和可能遇到的情况。③正确解剖胆囊三角:对于炎症粘连轻,结构比较清楚的,可以从胆囊管前面切开浆膜,分离出胆囊管和胆囊动脉,分别钳夹切断。对于炎症粘连较重或脂肪多的,可以先从胆囊壶腹分离解剖后三角,再从前三角分离出胆囊管和胆囊动脉,把胆囊壶腹、胆囊管、胆总管和肝总管显示出来,遵循“宁伤胆囊不伤胆管”的

原则。④胆囊床的剥离:术者用抓钳牵拉胆囊,让胆囊与肝脏之间从始至终保持一定的张力,沿着肝脏与胆囊之间的间隙,保持在肝脏的胆囊床壁之外进行分离,用电凝钩边推边切,直至胆囊完全剥离。

病程较长、反复发作者,胆囊三角大多严重粘连,失去正常的解剖结构,胆道极易误伤。因此,操作必须仔细轻柔,紧靠胆囊壁边凝边分,注意所钩起的组织要薄,能透过组织看到钩尖为佳。术中尽量显露、正确辨认“三管一壶腹”的关系,先解剖胆囊后三角,再解剖前三角;对于胆囊三角冰冻样粘连而解剖不清时,可采取逆行切除胆囊或先剖开胆囊取出结石,顺胆囊腔内找到壶腹及胆囊管夹闭。对胆囊肿大、张力极高者,可先行胆囊减压;对胆囊周围层次不清、萎缩性胆囊炎、充满型结石,不要强求完整的切除胆囊,可剖开胆囊取出结石,切除大部分胆囊壁,残余胆囊黏膜可用电凝刀烧灼处理;在钳夹、切断前必须确认解剖结构,切忌大块组织钳夹、切断,不能盲目过于自信。一旦发生活动性出血,须保持镇静,止血纱布压迫,冲洗创面,寻找出血点,准确止血;通过上述方法仍不能分离解剖胆囊或出血较多,应及时中转开腹手术,避免盲目解剖而导致副损伤。对分离创面较大、渗血或胆汁污染腹腔者,网膜孔放置橡胶引流管一根,既可方便术后观察,又是较好的治疗措施。

3.4 手术并发症的预防和治疗

3.4.1 胆管损伤 胆管损伤,尤其是肝门部胆管损伤是腹腔镜胆囊切除术最严重的并发症之一^[5,6]。①我们认为,Calot 三角的正确解剖是预防胆管损伤的关键,电钩在解剖 Calot 三角时,避免大块组织的电凝电切,必须一点一点分离。②临床上部分胆管损伤的原因并非是由于术者操作水平欠缺引起,而是由于术者产生错觉误切误断,或过分自信所致,因而术者在分离 Calot 三角及横断管道结构时要保持应有的警惕性,时刻想到有胆道变异的可能。③术前利用胆道影像学资料了解手术难易程度、有无胆管变异,尤其对病史长且反复发作或胆道造影显示合并 Mirizzi 综合征或胆囊管过短的病人。④胆管损伤不少是发生在术中出血较多止血时,切忌在血泊中盲目电凝或钳夹,应在吸净血液直视下用分离钳钳夹止血后,再决定用电凝或夹闭止血。本组2例胆总管横断损伤,都不是病情很复杂,而是术者比较年轻,临床经验不足,思想麻痹所致,在没有清楚显露胆道解剖关系情况下,很自信地将胆总管误认为胆囊管予以横断。好在及时发现,一期缝合,恢复顺利。

3.4.2 术中出血 ①要避免胆囊动脉出现难以控制的大出血:离断胆囊动脉时尽量紧靠胆囊壁,这样即使胆囊动脉被切断出血,其残端较长,很容易钳夹或压迫止血;一旦遇到胆囊动脉出血,要保持镇定,胆囊动脉切断后一般都有喷射状出血,有时因出血很快将胆囊动脉淹没,不能看到胆囊动脉的准确位置,此时绝不能盲目钳夹,更不能盲目施夹,以免误伤胆管等重要结构。可以用纱布压迫出血处,使出血暂时停止,然后将积血吸尽,助手准备好血管钳,在术者松开压迫的瞬间,迅速夹住出血的动脉并轻轻提起钳夹。笔者在术中也遇到过夹子松脱导致的胆囊动脉出血,由于处理及时得当而没有造成大出血。②胆囊床出血:一般的出血,用电凝或压迫很容易

止血,如果合并有肝硬化门脉高压的病人,在分离胆囊床时要特别小心,避免过深分破肝脏;一旦分破了,迅速纱布压迫,看清楚以后,或缝扎或电凝止血,切忌慌张。

3.4.3 胆漏 ①胆囊切除后应仔细烧灼胆囊床,观察有无胆漏;②胆囊动脉上夹要紧靠胆囊颈,以避免误伤右肝管和肝总管;③术中出血时避免盲目钳夹、电凝;④剥离胆囊床时尽可能不损伤肝组织;⑤术毕仔细检查确认有无胆漏。本组胆漏2例,1例术中分离创面较大,术中置有胶管引流,术后引流量少,几天后痊愈,估计是胆囊床的迷走胆管漏所致;另1例术后发热、出现黄疸,B超发现肝下积液,B超引导下穿刺置管引流,引流出胆汁较多,引流几天后痊愈,出院后随访2年没有出现黄疸,估计是胆囊管钳夹松脱不紧密所致。

3.5 关于中转开腹 腹腔镜外科是有局限性的,不能完全代替传统的手术方式。因此,手术者必须严格掌握腹腔镜手术的适应证,术中遇到意外,掌握中转开腹手术的时机也至关重要。根据我们的经验,只要在镜下无法进行精细的解剖,没有充分把握安全地完成手术,就应考虑中转开腹手术。否则,可能导致胆管损伤等并发症的发生。一般来说中转开腹指征有:①Calot三角解剖不清;②无法控制的出血;③胆囊管嵌顿结石;④与肝外胆管形成内瘘;⑤与肝外胆管粘连至密的萎缩性胆囊炎;⑥术毕发现肝门部胆漏,不能排除外胆管损伤。

本组561例中有558例成功施行腹腔镜胆囊切除术,腹腔镜手术成功率99.47%,并发症发生率0.71%(4/561),胆管损伤率0.36%(2/561)。本组结果再次显示了腹腔镜下胆囊

切除术具有切口小、创伤少、并发症少、术后痛苦少、恢复快等微创优点。本组有2例胆管横断伤,属于严重的并发症,但由于及时发现,处理得当,恢复顺利,没有酿成严重后果。我们的体会是腹腔镜胆囊切除术虽然是腹腔镜手术最基本的手术,但必须引起足够的重视,腹腔镜医师必须不断地加强腹腔镜理论和技术的学习,加强胆道解剖的学习,不断积累经验,手术中严肃认真,仔细操作,才能减少并发症的发生。此外,重视并加强腹腔镜医师的培训也是至关重要的。

参 考 文 献

- [1] 江文枢,卢榜裕,蔡小勇,等.腹腔镜肝切除治疗肝血管瘤18例[J].中华外科杂志,2007,45(19):1311-1313.
- [2] 江文枢,卢榜裕,蔡小勇,等.腹腔镜肝切除治疗原发性肝癌的探讨(附74例病例报告)[J].中国内镜杂志,2007,13(12):1253-1256.
- [3] 江文枢,卢榜裕.腹腔镜肝切除术的应用和研究进展[J].微创医学,2008,3(5):475-477.
- [4] 江文枢,卢榜裕,蔡小勇,等.老年人腹腔镜胆囊切除术115例[J].微创医学,2008,3(6):618-619.
- [5] 刘国礼.我国腹腔镜外科的现状-156820例腹腔镜手术综合报告[J].中华普通外科杂志,2001,16(9):562-564.
- [6] 严卫中,季福.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的原因和处理[J].微创医学,2008,3(5):473-474.

(收稿日期:2009-02-28 修回日期:2009-04-01)

单针、双针微创术治疗慢性硬膜下血肿的临床观察

邓元央 赵 邦 黄海能 黄华东 符黄德 李传玉 罗起胜

(右江民族医学院附属医院神经外科,广西百色市 533000)

【摘要】 目的 比较单针与双针微创穿刺冲洗引流术治疗慢性硬膜下血肿(CSDH)的疗效。方法 将60例CSDH患者随机分成单针组和双针组各30例,两组均采用微创穿刺冲洗引流术治疗,而单针组只用单针在血肿中部进行穿刺冲洗引流,双针组则在血肿的前部和中部各穿刺一针进行冲洗引流。术后24~72h复查头颅CT,对血肿清除量、平均冲洗次数、术后并发症发生率、术后平均住院日和住院费用进行比较。结果 两组术后颅内血肿、颅内积气、蛛网膜损伤等并发症发生率比较无明显差异($P>0.05$);但双针组与单针组比较,术后血肿清除更彻底,术后需冲洗平均次数明显少,而且平均住院日短,住院费用减少($P<0.05$)。结论 双针微创治疗CSDH效果更好,清除血肿更彻底,并缩短住院时间,减轻患者费用负担。

【关键词】 慢性硬膜下血肿;微创;引流术

【中图分类号】 R 651.155 【文献标识码】 A 【文章编号】 1673-6575(2009)03-0228-03

Comparative study of treatment of chronic subdural hematoma with single needle or double needles mini-invasive surgery

DENG Yuan-yang, ZHAO Bang, HUANG Hai-neng, HUANG Hua-dong, FU Huang-de, LI Chuan-yu, LUO Qi-sheng

(Neurosurgery Department, Affiliated Hospital of Youjiang Medical College for Nationality, Baise 533000, Guangxi, P. R. China)

【Abstract】 Objective To compare the curative effects on chronic subdural hematoma(CSDH) of single needle and double needles micropuncture irrigation and drainage. Methods 60 patients with CSDH were divided equally into single needle group and double needles, and were all treated with micropuncture irrigation and drainage. Patients were punctured, ir-

作者简介:邓元央(1972~),男,本科,副教授,研究方向:颅脑损伤的救治与康复。