

胆囊颈横断在腹腔镜复杂性胆囊切除中的应用

张长和,周红兵,杨兴业,陈曦,姜家宝,周存才

(江苏省泰州市人民医院肝胆外科,江苏 泰州 225300)

[摘要] 目的:探讨复杂性胆囊腹腔镜切除术中胆囊颈横断简化操作的作用及其残端不同处理方案的应用体会。方法:2008~2010 年通过胆囊颈横断法完成 35 例腹腔镜复杂性胆囊切除术。手术指征包括胆囊颈部结石嵌顿伴化脓性胆囊炎、萎缩性胆囊、“冰冻样”Calot 三角、胆囊颈管极短、Mirizzi 综合征 I 型、同时合并胆囊十二指肠瘘。胆囊残端通过逆行游离后结扎或缝扎 30 例,5 例胆囊管闭塞病例残端开放,行胆囊管免结扎腹腔镜胆囊大部切除术。结果:全组均未中转开腹手术,术后暂时性胆漏 4 例,所有患者均顺利出院,无胆管损伤等严重并发症。结论:在困难腹腔镜胆囊切除术中,胆囊颈部横断这一操作能明显简化手术,对减少手术中转率及减少胆总管损伤有指导作用。

[关键词] 腹腔镜胆囊切除术;胆囊颈横断;复杂性胆囊

[中图分类号] R657.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)01-145-02

为提高腹腔镜胆囊切除术的成功率,降低中转率及力求手术安全,在 2008~2010 年对 35 例患者通过胆囊颈横断操作并对残端采取相应不同处理,顺利完成了腹腔镜胆囊切除术,所有患者均无明显并发症。

1 资料与方法

1.1 资料

本组 35 例,男 16 例,女 19 例;年龄 34~72 岁,平均 48 岁。其中胆囊颈部结石嵌顿伴化脓性胆囊炎 19 例,萎缩性胆囊 6 例,Calot 三角呈“冰冻样”5 例,胆囊颈管极短 4 例,Mirizzi 综合征 I 型 1 例,同时合并胆囊十二指肠瘘 1 例,均有 1~30 年胆道疾病史。所有病例术前均行磁共振胰胆管成像(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)检查以判断胆总管、胆囊管有无结石等情况及评估胆囊三角解剖条件。

1.2 方法

全麻后标准四孔法操作,气腹压维持 8~12 mmHg。术中首先游离粘连并尽量解剖三角,如发现胆囊颈部结石嵌顿伴胆囊化脓性炎、胆囊高度萎缩、Calot 三角呈“冰冻样结构”,则立即改行胆囊颈横断。横断线宜选择在胆囊颈部稍远侧,如因结石嵌顿等原因致解剖不清,则遵循“宁远勿近”原则自胆囊体部纵行切开,取出嵌顿结石并再次确认胆囊颈后再行横断。颈部结石嵌顿或胆囊壁厚致抓持困难时可在 Hartmann's 袋电钩烧灼以利于钳夹。横断

时先切一小口,吸尽胆汁以减少腹腔污染;横断后壁时尤需注意拎起后壁,防止损伤胆管。如手术野暴露仍存在很大困难,可切除胆囊体、底部后再拎起胆囊近残端,通过边寻找胆囊管开口、边游离周边小块切除胆囊颈部组织等方法逐步向胆总管推进。如胆囊管能顺利找到并有黄绿色胆汁溢出,结合术前 MRCP 无明显胆囊管梗阻,则结扎或缝扎;如果在术中解剖已濒临胆总管侧壁仍找不到胆囊管开口且无胆汁流出,术中复习 MRCP 胆囊管又无明显结石时,则行残端开放,不继续无限度的分离及强行结扎胆囊管,以免损伤胆总管。本组患者术中发现胆囊颈胆总管内瘘形成 1 例,在分离时注意适当保留瘘口周边组织,关闭瘘口时缝合极为顺利,未放置 T 管。所有患者均放置引流管。

2 结果

全组患者均腹腔镜下完成手术,手术时间 48~160 min,无胆管损伤发生。术后胆漏发生 4 例,引流量最大每天 200 ml,引流管 4~8 d 拔除,恢复满意。残端予以开放的患者术后随访 1 年,均无明显胆囊管残留综合征(cholecystic duct remnant syndrome, CDRS)发生。住院时间 4~9 d。

3 讨论

所谓复杂性胆囊通常指急性炎症期的、胆囊颈或胆囊管结石嵌顿、萎缩、解剖变异等手术难度大、腹腔镜下处理困难的胆囊。手术经验的不断丰富和

器械设备的不断完善,为这一类原为相对禁忌证的病例完成腹腔镜手术提供了可能。本研究在较长期的腹腔镜手术实践中摸索出胆囊颈横断是一种简单安全有效的方法。

3.1 腹腔镜下胆囊横断与逆行胆囊切除术相比较的优缺点

腹腔镜下逆行胆囊切除术 (fundus-first laparoscopic cholecystectomy, FFLC) 对 Calot 三角难解剖患者,自胆囊底部解剖能相对充分暴露胆囊后三角^[1],但对颈部结石嵌顿及三角“冰冻样”结构患者,笔者认为这种作用还不够。其主要原因有:首先,膨大而瘢痕固定的胆囊壶腹部挡住了后三角视野,而胆囊后三角入路显露可降低手术并发症的发生率^[2]。其次,三角致密粘连导致肝胆管右缘与胆囊间几无间隙,逆行分离至胆囊壶腹时有时仍一筹莫展,无法向左继续游离。而术中快速行胆囊横断对简化手术的作用如下:①横断胆囊颈部后取出结石,拎起胆囊后壁向左逐次四周游离以分离出胆囊前后三角,必要时可对残端组织分次分片切除,向胆总管层层推进,步步为营。②有助于从胆囊颈部黏膜部位寻找可能的胆囊管开口,判断胆囊管走向。③根据胆囊管开口有无清亮胆汁流出,可进一步判断胆囊管有无结石。④有助于较早发现胆囊胆管瘘。本组病例中的 1 例 Mirizzi 综合征,就是术中首先发现胆囊残端一较大瘘口溢出胆汁,再仔细刮吸,又在另外一处找到胆囊管开口,从而判断出为 Mirizzi 综合征 I 型。⑤对三角炎症不重但胆囊管极短的病人,只有先取出颈部嵌顿结石,胆囊管残端上可吸收夹才能保证夹闭牢靠且不损伤胆总管侧壁。胆囊横断的主要缺点在于造成一定腹腔污染,如果胆囊内小结石较多,术中取石费时且易遗漏。我们的经验是:在横断处先开一小口吸尽胆汁胆泥,再扩大切口横断胆囊,结石较多时置入标本袋收集结石。其次,胆囊血管未处理时横断胆囊后胆囊壁会有一定出血,分离钳施夹及电凝往往能有效止血。

3.2 重视术前 MRCP 对复杂性胆囊行腹腔镜切除的指导作用

术前 MRCP 对胆囊结石病变合并胆总管结石、胆囊良恶性肿瘤及胆管变异的判断作用是勿用置疑的^[3]。在本组病例中,术前 MRCP 预判胆囊管通畅情况,以指导术中胆囊残端处置方案的选择。如术前 MRCP 提示胆囊管直径较粗,术中能对胆囊管尽快确认并行结扎或缝扎处理;如术前 MRCP 未见胆囊管显影且无明显结石,术中挤压胆总管仍无胆汁自胆囊

管流出,可在胆囊颈部横断后旷置胆囊管,行免结扎的腹腔镜胆囊大部切除术 (laparoscopic subtotal cholecystectomy without cystic duct ligation, LSTC)。术前 MRCP 检查结合术中判断情况,本组行 LSTC 5 例,仅发生 1 例短暂胆漏,术后 1 周顺利拔管。

3.3 胆漏及 CDRS 的预防

胆囊三角炎症严重时,胆囊管常增粗增厚或因炎症水肿,术中结扎不易收紧,而术后又易因水肿消退致结扎线或塑料夹脱落从而发生胆漏。同样,炎症也可导致胆囊管假性闭塞的判断,这种情况可能也是行 LSTC 术后胆漏的因素之一。Sinha^[4]、杨克武等^[5]在腹腔镜复杂性胆囊切除术的经验证明,不结扎胆囊管的腹腔镜下胆囊大部分切除术也是可行的。在胆囊管未找到的病例中,不排除胆囊管极细的情况,当胆囊颈部已大部分离完毕而仍未能显露胆囊管,应考虑细小的胆囊管已被切断^[6]。我们的经验是尽量可吸收线缝扎处理胆囊管残端,同时放置引流管“等”术后胆漏,必要时引流管延期拔除。通畅的引流管是预防术后腹腔积液、胆漏和感染的重要措施^[7]。在缝合 Mirizzi 综合征胆总管侧壁瘘口前,预先保留一定量瘘口周围组织可有利于严密缝合以减少胆漏,同时也能减少术后胆管扭曲狭窄机会。

[参考文献]

- [1] 钱 晶. 急性胆囊炎经腹腔镜胆囊切除的可行性及相关处理[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2007, 27(1): 97-98
- [2] 游晓功, 施宝民, 荆丽艳, 等. 胆囊后三角应用解剖及其在腹腔镜胆囊切除术中的临床意义[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(11): 975-977
- [3] 邢 炯, 殷允娟, 唐 健. 磁共振胰胆管成像诊断胆囊管解剖变异 (附 500 例报告)[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2007, 27(12): 1494-1496
- [4] Sinha I, Smith ML, Safranek P, ect. Laparoscopic subtotal cholecystectomy without cystic duct ligation [J]. Br J Surg, 2007, 94(12): 1527-9
- [5] 杨克武, 罗宏武, 王长发, 等. 腹腔镜下不结扎胆囊管的胆囊大部分切除术 28 例 [J]. 医学临床研究, 2009, 26(7): 1331
- [6] 罗 宁, 陈训如, 毛静熙, 等. 腹腔镜胆囊切除术中特殊类型胆囊管的处理 [J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(2): 103-104
- [7] 祁玉波, 王明俊, 张 标, 等. 结石嵌顿性胆囊炎腹腔镜的手术处理 [J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2007, 27(9): 1057-1058

[收稿日期] 2011-09-22