

腹腔镜胆囊切除术并发症的预防

张跃平, 黄 兵

(玉溪市第三人民医院外科, 云南 玉溪 653100)

[关键词] 腹腔镜胆囊切除术; 并发症; 预防

[中图分类号] R657.4*1 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2013) 04-0000-00

我国自 1991 年开展腹腔镜胆囊切除术 (LC) 以来, 现已普及到县级医院甚至有条件的乡镇医院, 使得如何预防 LC 并发症, 安全完成 LC 显得尤为重要, 现就其并发症发生的原因及其防止方法总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

玉溪市第三人民医院 2004 年 5 月至 2012 年 4 月行腹腔镜胆囊切除术 (LC) 867 例, 其中女 619 例, 男 248 例, 年龄 14~78 岁, 中年人居多。其中急性结石性胆囊炎 152 例 (含急性坏疽性胆囊炎 5 例), 慢性结石性胆囊炎 662 例 (含慢性萎缩性胆囊炎 18 例), 胆囊息肉样病变 53 例。合并肝硬化 2 例, 胆囊胃瘘 3 例, 老年慢性支气管炎、肺气肿 15 例, 高血压 85 例, 糖尿病 42 例, 腹部有手术史者 51 例。

1.2 方法

术前常规检查: 血常规、尿常规、大便常规、凝血常规、心电图、腹部 B 超、X 光胸片、血生化 (肝功能、肾功能、血清电解质、血糖) 和抗感染性标志物。急性胆囊炎加腹部 CT 检查和血淀粉酶, 胆红素、肝胆酶和胆汁酸升高的患者须加作 MRCP。手术时全身麻醉, 均用 Veress 针建立气腹, 设定压力为 10~12 mmHg, 采用四孔法进行手术操作。

2 结果

本组术中大出血 1 例因钝性分离胆囊三角时胆囊动脉撕破引起大出血, 出血约 1 000 mL, 中转开腹止血。术后出血 1 例约 500 mL 系因腹壁穿

刺孔出血, 后经腹腔镜探查明确。胆管损伤 1 例是因为用分离钳分离胆囊管时不慎刺破胆总管, 经在腹腔镜下放置细“T”型引流管治愈。胃壁轻微穿刺损伤 1 例系因胃下垂气腹针划伤, 约 0.5 cm, 及时发现于腔镜下缝合修补。术后轻度胆漏 1 例约 300 mL, 经腹腔引流管引流 3 d 后消失。术后胆管结石 5 例, 切口感染 64 例。中转开腹 26 例。本组无死亡病例。

3 讨论

3.1 安全的建立气腹, 预防穿刺损伤

大多数医师采用闭合法建立气腹。使用气腹针穿刺并注入 CO₂ 气至腹腔压力在 10~15 mmHg, 再用穿刺锥穿刺进入腹腔, 置入腹腔镜后注意检查腹腔内有无脏器损伤^[1]。对于有下腹部手术史患者可采用脐上缘 3 cm 闭合法建立气腹。

3.2 准确解剖胆囊管, 预防胆管损伤

李为民报告 LC 的胆管损伤率明显高于开腹胆囊切除术, 三管关系辨认错误是目前胆管损伤的主要原因^[2]。LC 并发胆管损伤常发生于病变复杂及胆管变异病例中, 通常是 Calot 三角区粘连将胆总管当胆囊管切断; 或者电凝电切时热力损伤。因此, 在处理复杂困难病例时, 术者、助手的操作更要轻柔、小心、细致和协调。我们认为无论是急性胆囊炎、结石嵌顿以及萎缩性胆囊炎, 成功行 LC 的关键是准确解剖胆囊管。按 Calot 三角区病变程度可以将其分为 4 种类型: (1) 疏松粘连型, 容易分离, 一般采用紧贴胆囊钝性分离即可; (2) 致密粘连型, 助手向下方挤压周围组织, 协助显露胆囊周围脏器与胆囊的解剖关系, 分离出胆囊后应仔细辨认胆囊壶腹, 由此确认三管关系, 术者紧贴胆囊壶腹部浆膜层用分离钳似

[作者简介] 张跃平 (1964~), 男, 云南个旧市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事普通外科临床工作。

剥葱皮样层层撕脱,以寻找胆囊壶腹部与胆囊管的交界处,并沿此方向仔细解剖可分离出胆囊管;(3) 结石嵌顿型,可用分离钳在结石嵌顿处下方向胆囊底方向挤压,将结石推入胆囊囊内,若结石嵌顿固定不能推动,则于胆囊壶腹部切开取出结石^[9],再进一步行胆囊管解剖操作;(4) 充血水肿型,是 LC 操作最困难的一种类型,主要是由于出血、渗血妨碍术野。对胆囊增大、张力增高难以抓持者,先行穿刺减压。Calot 三角区辨别不清时不要盲目处理 Calot 三角区内结构,可用逆行法切除胆囊。最好采用顺逆结合法切除胆囊,在显示胆囊管之后,不要立即予以钳夹切断,应充分解剖胆囊管周围组织,确认三管关系及胆囊动脉无误之后再行处理。遇到 Calot 三角区出血时切不可惊慌,应冷静的吸尽血液,看清楚出血的部位,在不损伤肝外胆管的前提下钳夹止血。不要盲目电凝、施钛夹,防止灼伤、夹闭肝外胆管。在 Calot 三角区内一定要多用钝性操作,尽量少使用电刀。

3.3 正确处理胆囊动脉,预防意外出血

正确寻找和分离出胆囊动脉夹闭,防止术中和术后出血是降低 LC 中转开腹率和保证 LC 顺利进行的重要步骤,特别是在胆囊急性炎症情况下,Calot 三角区充血、水肿、组织脆弱易出血。笔者的经验是:一般情况下胆囊颈部淋巴结可作为寻找胆囊动脉的标记,因胆囊颈部淋巴结就在胆囊动脉周围;胆囊动脉主干在伸向胆囊时,多数分成前后两支,处理完前支后,要注意寻找并处理后支胆囊动脉;当胆囊动脉与胆囊管并行,且分离困难时,可在其近端用钛夹将胆囊管与胆囊动脉一并夹闭;在处理胆囊动脉时,只要认准胆囊动脉略作分离即可,不应过分“骨骼化”,否则结扎不牢造成术后大出血^[9]。

3.4 重视术前检查,术中先行处理胆囊管预防术后胆管结石

患者入院时要重视病史的采集,有胆绞痛发作的病人,急性胆囊炎的患者要作血淀粉酶和肝胆 CT 检查排除急性胰腺炎和胆管结石,术前肝功能

测定胆红素、肝胆酶和胆汁酸升高的患者须加作 MRCP 以明确有无胆管结石^[9]。笔者认为术中先行钛夹临时夹闭胆囊管,防止操作中小结石掉入胆管内,可减少术后胆管结石的发生。

3.5 结束手术时认真检查,放置引流预防术后出血和胆漏

手术完成后,应严格检查手术野以及穿刺孔,特别是胆囊动脉后支的有无及是否切断后漏扎,并电灼胆囊床,以防止有轻微的出血或胆漏发生。术后常规放置腹腔引流管利于术后观察及早发现有无出血或胆漏。

对术中有难以处理的粘连、出血、意外损伤以及机械故障等,均应中转开腹手术^[6],不能过于追求 LC 手术成功率,否则会酿成严重后果。

综上所述,选择适当的适应症,完善术前准备工作,术中操作轻柔、准确,适时选择中转开腹,结束手术时认真检查,是保证腹腔镜胆囊切除术顺利进行,防止手术并发症的有效措施。

[参考文献]

- [1] 陈训如. 腹腔镜中如何安全建立气腹[J]. 腹部外科杂志,1999,12(1):8-9.
- [2] 李为民,荫祺,杜继东,等. 腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2003,9(2):117-119.
- [3] 石一峰,万德炎. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性发作期胆囊炎的临床体会[J]. 当代医学杂志,2012,18(19):77-78.
- [4] 陈训如. 如何做好腹腔镜胆囊切除术[J]. 临床外科杂志,2002,10(1):56.
- [5] 王志红,吴雪松. 急性胆囊炎行急诊腹腔镜胆囊切除术的处理技巧[J]. 昆明医学院学报,2011,(10):128-130.
- [6] 蔡秀军,周振旭,陈继达,等. 腹腔镜胆囊切除术中转开腹可能性评分系统建立和运用[J]. 中华肝胆外科杂志,2004,10(2):97-102.

(2012-12-18收稿)