

腹腔镜治疗急性胆囊炎 126 例临床疗效观察

朱恩普¹⁾, 张睿¹⁾, 杨世昆²⁾

(1) 宣威市中医医院外一科, 云南 宣威 655400; 2) 昆明医科大学第一附属医院肝胆外科, 云南 昆明 650031)

[关键词] 腹腔镜; 急性胆囊炎; 胆囊切除术

[中图分类号] R657.4*5 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2013) 05-0150-03

腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 现已被公认为是良性胆囊疾病治疗的首选方法。随着人们健康意识增强和生活质量的提高, 胆囊疾病患者几乎都愿意接受 LC 这种创伤小、痛苦少、出血少、恢复快的治疗方式。但对于急性胆囊炎患者来说, 严重的炎症水肿、渗血、结石嵌顿、网膜及周围脏器的包裹粘连等都会影响 Calot 三角的显露, 由此引发的出血、胆漏、胆管损伤等并发症也屡见报道, 随着广大的基层医院外科医生腹腔镜手术技巧的日趋成熟, 只要掌握好手术适应症、术中充分显露 Calot 三角、正确处理胆囊床, 对急性胆囊炎患者施行 LC 还是安全可靠的。适时果断中转开腹, 积极放置腹腔引流是降低手术并发症的关键。相关并发症正逐渐减少。宣威市中医医院 2010 年 7 月至 2012 年 1 月间对收治的 126 例急性胆囊炎患者实施了 LC 手术, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 126 例, 其中男 50 例, 女 76 例, 年龄 21~78 岁, 平均 46.9 岁。所有病例均为胆囊结石合并急性胆囊炎患者, 病程均在 72 h 以内, 全组均有不同程度右中上腹部疼痛, 其中疼痛持续 6~24 h 45 例、24~72 h 81 例; 有不同程度发热 52 例; 血白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 或中性 >0.75 者 85 例; 肝功能轻度损伤 22 例; B 超发现胆囊颈部结石嵌顿 63 例、胆囊壁明显增厚改变 115 例、所有病例均未发现胆总管结石; 既往有胰腺炎史 2 例、腹部手术史 11 例; 合并糖尿病 6 例、高血压 15 例、

冠心病 2 例、肝硬化 2 例。

1.2 方法

本组病例诊断明确后, 均给予规范的抗感染、解痉、止痛等治疗, 完善术前常规检查, 排除单纯胆囊切除术禁忌后, 采用气管内插管全麻, Veress 针建立气腹置入套管, 气腹机设定 10~14 mmHg, 患者取头高脚低左倾体位, 85 例采用 3 孔法、41 例采用 4 孔法操作, 用 30° 腹腔镜置入腹腔后, 首先全面探查了解胆囊、肝脏、胃肠表面情况, 探查发现胆囊均有不同程度的增大、壁增厚、充血水肿, 部分患者胆囊被周围组织粘连包裹, 术中发现胆囊动脉变异 5 例、胆囊管异位汇合 2 例, 副肝管 1 例, Mirizzi 综合征 I 型 1 例, Mirizzi 综合征 II 型 1 例, 胆囊十二指肠内瘘 1 例。先钝性分离胆囊与周围组织的粘连包裹, 粘连致密的用电钩离断; 胆囊张力非常高的可于底部戳孔减压充分显露胆囊及 Calot 三角区, 解剖胆囊三角, 用 30° 镜变换角度, 前后仔细辨别“三管一壶腹”结构, 术中胆囊管和胆囊动脉用钛夹或可吸收生物夹夹闭, 顺逆结合切除胆囊, 如发现胆囊管内的嵌顿结石位置距胆囊管开口过近, 无有效施夹空间, 可用分离钳将结石往胆囊内夹送或剪开部分远端胆囊管挤出结石, 针对胆囊及三角区呈“冰冻样”改变, 可采用顺逆结合法切离胆囊, 并耐心分离壶腹部与肝总管之间的粘连。全部病例中, 116 例顺行切除胆囊, 10 例顺逆结合法切除胆囊, 手术时间 20~110 min, 所有患者常规放置腹腔引流管, 若无特殊情况, 一般在术后 24~48 h 拔除, 术后常规使用抗生素 3 d, 个别病例根据具体情况延长抗生素使用时间。

[基金项目] 云南省应用基础研究基金资助项目 (2010ZC169)

[作者简介] 朱恩普 (1974~), 男, 云南宣威市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事外科临床工作。

[通讯作者] 杨世昆. E-mail: ynysk1@163.com

2 结果

本观察组126例急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术中,成功实施LC术123例,成功率97.6%,其中1例因胆囊动脉出血不止、1例因Mirizzi综合征Ⅱ型中转行肝总管修补、T管引流,另1例因合并胆囊十二指肠瘘中转开腹行十二指肠瘘口修补,所有病例均放置负压引流,留置时间1~12d,平均引流量25~72mL/d。并发症:腹腔内出血1例,麻醉苏醒前即开腹止血,手术成功;腹腔感染1例,经1周抗感染治疗后形成局限性脓肿,经CT引导下穿刺引流后治愈;胆道残余结石1例,至外院行ERCP/EST胆总管取石成功;胰腺炎2例,经保守治疗后痊愈;胆漏1例,放置引流12d后漏口闭合、痊愈出院。无死亡病例,平均住院时间5d。

3 讨论

急性胆囊炎患者因结石嵌顿、胆囊壁水肿增厚、胆囊管增粗、三角区解剖不清,手术难度较大,曾被认为是LC的禁忌,但随着微创外科在我国的迅猛发展,腹腔镜操作技术水平的提高,大部分急性胆囊炎患者获得安全LC手术治疗已成为现实。在基层医院,由于地域和病源因素的影响,以及大多数患者对疾病的不认知,部分患者几经转折到医院就诊时,急诊手术几乎是唯一的治疗手段,因此基层医院面临大量的这种急性胆囊炎患者。随着腹腔镜操作技术水平的提高以及手术经验的积累,对急性胆囊炎患者采用LC虽然较困难,但只要处理得当还是可行的^[1]。笔者认为腹腔镜治疗急性胆囊炎有几个方面要加以重视:(1)术前充分评估:急性胆囊炎患者往往伴有腹痛、发热、白细胞升高、总胆红素升高、肝功能有损害,病程>72h者应警惕是否有壶腹部与肝总管之间纤维粘连或Mirizzi综合征。因受基层医疗设备和农村患者经济条件的限制,B超无创和廉价易行,可作为首选的物理检查方法,可明显提高术前确诊率。宣威市中医医院对病程在72h内的急性胆囊炎患者实施LC,对病程超过72h、症状重特别是合并胰腺炎、糖尿病及心血管疾病的中老年患者,主张积极保守治疗,大部分病例能得到缓解,这样既符合微创外科的治疗原则又最大程度的减少了并发症的产生。(2)胆囊动脉的处理:

对于急性胆囊炎患者来说,Calot三角区的严重粘连和胆囊动脉的变异是导致术中出血的主要原因,因此正确处理胆囊动脉及其分支,使视野保持清晰,可明显提高LC成功率。充分认识胆囊动脉的起源、数目、走行可能存在的变异和常见的变异类型,可以防止手术中出血过多^[2],在分离的过程中如果胆囊动脉与胆囊管粘连紧密不能分离可与胆囊管一并处理,有时因组织严重水肿无法显露出胆囊动脉的,分离时应尽量靠近胆囊,胆囊床多保留一些组织,遇有动脉搏动或条索状组织予以夹闭后离断,即使有胆囊动脉分支出血,也有施夹或电凝止血的余地。出血后切忌盲目电凝或施夹,防止损伤胆管及其他组织,尝试腹腔镜下止血失败后应立即行开腹术。(3)胆囊三角致密粘连的处理:对于急性胆囊炎患者来说,严重的炎症水肿、渗血、结石嵌顿、网膜及周围脏器的包裹粘连等都会影响Calot三角的显露,解剖显露Calot三角区是LC成功的关键。胡三元^[3]认为,如果在1h内未能分清胆管解剖应转开腹手术。笔者的体会是对于Calot三角致密粘连的患者,4孔法操作是一种明智的选择,可先钝性撕开和利用电凝钩分离胆囊周围粘连。胆囊张力极高的患者,可在胆囊底部戳孔减压以便牵拉,减压后有的嵌顿结石可能会回落至胆囊内,切勿损伤胆囊动脉,充分“掏空”Calot三角,再次辨认“三管一壶腹”结构^[4],利用30°镜头的功能,从后三角撑开处窥清胆囊壶腹部膨大骤然变细的管状组织就为胆囊管解剖结构,对于三角区无法辨识的管道采用顺逆结合合法也是明智的选择。(4)腹腔镜顺逆结合切除胆囊的价值:用顺逆结合切除胆囊法将胆囊从胆囊床剥离后Calot三角间隙增大,可两次辨认胆囊管,防止胆囊管变异和胆囊管、胆总管、肝总管三管关系不清时可能造成的副损伤^[5]。术中尽可能钝性分离胆囊动脉后,游离胆囊管,暂时夹闭胆囊管,可以避免游离胆囊时将细小的结石挤入胆总管。总之,腹腔镜顺逆结合胆囊切除术对急性胆囊炎造成的Calot三角严重粘连有独到的防止肝外胆管损伤的作用,还可明显降低术后出血、胆漏等并发症的发生率,提高LC成功率,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 田国伟,朱元恒,贾虎林,等.急性胆囊炎腹腔镜手术治疗体会[J].肝胆胰外科杂志,2006,18(5):321-322.

- [2] 李松林,任作航. 胆囊动脉变异与腹腔镜胆囊切除术[J]. 腹腔镜外科杂志,2002,7(1):12-14.
- [3] 胡三元. 腹腔镜外科学[M]. 第2版. 济南:科学技术出版社,2006:111-146.
- [4] COOPERMAN A M. Complications:creative solutionsinlaparoscopiccholecystectomy:difficult cases&creativesolutions [M] Louis:Ouality Medical Publishing,1992:92-95.
- [5] 龚航军,韩刚,王以东,等. 胆囊颈管结石嵌顿患者行腹腔镜胆囊切除术的体会 [J]. 腹腔镜外科杂志,2009,14(1):23-25.
(2013-01-13 收稿)

(上接第 149 页)

血,胸部病变广泛,功能差等病例,止血有效率可达 84%~100%^[4]. 研究表明肺部由两条主要的营养通道,其中肺动脉为低压动脉,可提供 95% 的血液供应,另一条则是支气管动脉虽然只提供 5% 的血液供应,但临床解剖学表明,咯血多来自支气管动脉,这也是支气管栓塞的主要理论基础^[1]. 李洪福等^[5]研究发现,单纯依靠 CT 等技术手段,往往无法准确判断出血部位及状况,而栓塞过程中支气管造影的使用,不仅反映准确,还能对多处出血灶的患者进行精确判断,这也是止血率高、复发率低的主要原因. 许国辉等^[6]研究发现防止漏栓、加主干双重栓塞、注重治疗病因、预防感染等措施能够显著提高支气管动脉栓塞术后咯血的远期疗效,降低复发率. 本组研究结果发现 29 例患者术后治疗总有效率达 96.6%,治愈率为 79.3%,未见明显的不良反应,术后平均随访 5.6 个月(3~12 个月),未见复发病例,与国内研究结论一致^[3,4]. 提示在准确判断出血的准确部位的重要前提下,支气管动脉栓塞术能够发挥血管造影诊断和治疗的双重作用,PVA 或明胶海绵条可随造影剂进入病灶血管,压迫病灶处,起到快速止血的效果. 此外,胸部疼痛、胸闷和低热是术后常见的并发症之一,目前认为,均无需处理,

可自行缓解. 但值得注意的是,在动脉栓塞过程中,要实时造影确认,防止误栓脊髓动脉和肋间动脉的发生,且若术前发现脊髓动脉与支气管动脉存在交通支,切勿使用栓塞术.

总之,支气管栓塞术治疗大咯血具有创伤小、操作简单、疗效可靠、起效快等特点,值得临床推广.

[参考文献]

- [1] 孙莉. 咯血的治疗及进展[J]. 中国社区医师(医学专业),2012,14(9):111-113.
- [2] LAU E M, YOZGHATLIAN V, KOSKY C, et al. Recombinant activated factor VII for massive hemoptysis in patients with cystic fibrosis[J]. Chest,2009,136(1):277-281.
- [3] 许国辉,李政文,吴戈,等. 支气管动脉栓塞治疗大咯血的远期疗效分析 [J]. 中华放射学杂志,2010,44(2):181-184.
- [4] 赵祥玲,叶永青. 支气管动脉栓塞治疗大咯血的临床价值[J]. 中国基层医药,2011,18(13):1820-1821.
- [5] 李洪福,常刚,欧阳修和. 支气管动脉栓塞治大咯血 38 例临床研究[J]. 临床肺科杂志,2011,16(11):1696-1697.

(2013-02-12 收稿)