文章编号:1000-5404(2011)15-1645-02

短篇论著

4 126例腹腔镜胆囊切除术的临床分析

王振亮,李全生,田伯乐,张肇达,张 懿,胡 韬,苏安平,汪洵理,王维国 (610041 成都,四川大学华西医院肝胆胰外科)

[摘要] **目的** 分析腹腔镜胆囊切除术并发症发生的原因,结合文献及自身体会探讨如何从细节着手避免副损伤。**方法** 回顾性分析我科2004年5月至2010年4月腹腔镜胆囊切除术4 126例资料。其中男性1 078例,女性3 048例,年龄8~102岁,平均51岁。急性胆囊炎409例,胆囊结石伴慢性胆囊炎2 872例,胆囊息肉样病变786例,非结石性胆囊炎59例。**结果** 4 126例腹腔镜胆囊切除术并发症共33例,约占0.8%。其中胆道损伤4例,术中胆囊动脉或胆囊床出血25例,术后戳孔处出血2例,术后继发胆总管结石2例。另外,病理检查发现胆囊癌5例。**结论** 腹腔镜胆囊切除术术后有一定的并发症,应该从手术开始、术中处理的多处细节预防。

[关键词] 腹腔镜胆囊切除术;并发症;手术细节
[中图法分类号] R657.4; R572 [文献标志码] A

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)具有创伤小、恢复快的优点。近十年来,该手术在国内广泛普及、发展迅速,逐步取代了以开腹为主治疗胆囊各种良性病变的传统手术。但微创手术并不意味着手术并发症的消失或微小,国外文献报道其并发症发生率为1.5%[1],国内文献报道为0.71%[2],有报道LC术中不同程度的出血可达10%[3]。在过去的10年内,LC并发出血或胆道损伤的情况达1 000余例[1,4-6],不仅如此,LC导致的部分胆道损伤给重建手术带来困难[7]。随着腹腔镜胆囊切除手术的不断发展,如何预防其并发症的发生成为外科医师讨论的热点。我院2004年5月至2010年4月共实施腹腔镜胆囊切除术4 126例,手术效果满意。现将手术中如何预防并发症的体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组LC患者4 126例,男性1 078例,女性3 048例,年龄8~102岁,平均51岁。急性胆囊炎409例,胆囊结石伴慢性胆囊炎2 872例,胆囊息肉样病变786例,非结石性胆囊炎59例。有腹腔手术史患者374例,其中上腹腔手术41例,下腹腔手术333例。有合并症患者584例,其中糖尿病161例,高血压病183例,冠心病67例,陈旧性心肌梗死12例,脑血管病(脑梗死、脑出血)后遗症40例,肝囊肿59例,肝硬化61例,精神分裂症1例。

1.2 手术方法

本组患者全部采用气管插管全麻。术前均不放置胃管和尿管。常规采用3孔或4孔法腹腔镜胆囊切除术。

1.3 统计学分析

本组数据均采用SPSS 16.0软件处理,用χ^2检验比较构成比或率的差异性。

2 结果

4 126例行LC术,手术时间14~153 min;住院时间2~14 d(含中转开腹及二次手术者),平均5 d,术后并发症共33例,发生率约为0.8%。其中胆道损伤4例(0.09%),术中胆囊动脉或胆囊床出血25例(0.6%),术后戳孔处出血2例(0.04%),术后继发胆总管结石2例(0.04%),13例中转开腹(0.3%),胆囊三角致密粘连无法解剖11例,胆囊管解剖变异2例,术中胆总管损伤而中转行胆总管空肠吻合术1例,胆囊癌5例(0.1%),术中放置腹腔引流管61例,其中3例发现胆漏,2例发现少量出血,经保守引流好转;术后继发胆总管结石2例,经二次手术治愈。慢性结石性胆囊炎并发症的发生率与胆囊息肉样病变并发症的发生率分别为0.7%和0.6%,无显著性差异($P>0.05$)。上腹部手术史患者并发症发生率与下腹部手术史患者并发症的发生率分别为1.0%和0.4%,有显著性差异($P<0.05$)。

3 讨论

本组腹腔镜胆囊切除术并发症的发生率为0.8%,总体手术效果满意。除了把握手术适应证、熟悉必要的解剖知识、具备娴熟的开腹胆囊切除术的经验以及对全套手术器械的掌握,还应注重手术细节,才能确保手术安全,以免手术失败或造成严重后果。

3.1 手术开始

上腹部有手术史者,局部多有不同程度的粘连,造

[通信作者] 李全生,E-mail:liquansheng@medmail.com.cn

成手术视野的显露不佳,可能导致并发症发生。本组有上腹部手术史患者并发症的发生率明显高于下腹部手术史患者(分别为1.0%和0.4%),故手术开始前决定是否行LC,需根据主刀医师的手术经验和技术确定。如局部粘连重、结构不清强行LC,可能导致胆道损伤等并发症的发生;手术切开皮肤时,只需切开皮肤至皮下脂肪组织,不宜过深,以免切断腹壁肌层小动脉引起出血。本组1例术后腹腔内出血为剑突下戳孔内肌层小动脉出血,经剖腹探查后缝扎止血。另1例是在术中探查时发现腋前线戳孔下方肌层小动脉出血,造成腹腔积血,经电凝及缝扎止血。

3.2 术中处理

对于胆囊多发小结石者,术中或术后小结石有可能排入胆总管。我们认为,术中先结扎胆囊管,以防牵拉挤压使胆囊结石被挤入胆总管。本组2例患者术后出现胆绞痛症状,超声检查发现胆管下端结石,经内镜下取石(EST)治愈。对于胆囊壁厚,胆囊息肉大于1.0 cm的患者,应常规行术中冰冻病理检查,如有癌变,可中转行根治手术。本组5例患者病理诊断为胆囊癌,3例术后行二次根治手术,1例胆囊息肉术中冰冻证实为息肉伴灶性癌前病变,1例术中诊断为胆囊癌,患者只要求行LC。对于术中粘连重、创面大者,术毕在温氏孔放置血浆引流管至关重要。本组3例术后有不同程度的胆漏,其中1例坏疽性胆囊炎术后出现胆漏,每天引流150~300 ml浑浊胆汁,经持续引流顺利恢复,其胆漏多系坏疽的胆囊管漏胆。本组胆囊床出血及胆囊动脉出血25例,大都由于胆囊张力较高或胆囊动脉末端分支出血导致视野不清楚,不便钳夹操作引起,故对于胆囊张力较高者,可先用穿刺针刺破胆囊,吸引器抽吸胆汁减压,以便钳夹操作;我们认为,在看清胆囊动脉走行后,不宜过分骨骼化,这样容易造成其分支或远端小血管出血,影响操作视野,若术中出现出血,切勿慌乱盲目钳夹,胆囊血管并不粗大,短时间的出血不会造成大量的失血,由于血管的收缩,出血量会很快减少,故提倡纱条压迫止血1~3 min,当能看清出血部位后,再行仔细辨认夹闭,一般都能很好地止血。余德刚等[8]运用吸引器刮吸法钝性解剖胆囊三角,可大大减少出血概率,但对胆囊三角区域粘连较重者应酌情使用。而对于胆囊三角区炎症重、胆囊动脉不清者,应常规开腹手术,以防胆囊动脉止血不确切而发生术后出血,同时防止胆道损伤。郑小东等[9]施行胆囊壶腹侧后方开始解剖Calot三角的方法,明显降低了肝外胆管和血管损伤等严重并发症的发生,值得借鉴。

3.3 胆道损伤及残余胆囊的预防

胆道损伤与术者经验有密切关系,术中解剖胆囊三角明确肝总管与胆囊管的关系至关重要,判断失误是造成胆管损伤的首要原因[10]。对于肝门部的结构切忌大束结扎或切割,有可疑管道样结构处要慎重处理。本组4例胆道损伤,2例为术中肝总管损伤,行肝总管空肠吻合治愈;另2例行二次手术治愈。故解剖分离胆囊管时,应尽可能辨明胆囊管与肝总管汇合部,并用无损伤钳由近端向远端轻夹胆囊管,以了解胆囊管有无结石,同时明确胆囊管的长度,以防胆囊管残余结石或因胆囊管或胆囊颈残留过长而留下残余胆囊。

胆囊切除不是一个简单的手术,而是一个具有潜在危险性的手术,不可过于追求速度,应该持以严谨的态度,从而最大限度地确保手术安全。

参考文献:

[1] Tuveri M, Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10 year review[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2007, 17(5): 380-384.

[2] 刘国礼. 腹腔镜胆囊切除的现状与展望[J]. 肝胆胰外科杂志, 2000, 12(1): 1-2.

[3] Kaushik R. Bleeding complications in laparoscopic cholecystectomy: Incidence, mechanisms, prevention and management[J]. J Minim Access Surg, 2010, 6(3): 59-65.

[4] Khan M W, Aziz M M. Experience in laparoscopic cholecystectomy [J]. Mymensingh Med J, 2010, 19(1): 77-84.

[5] Vagenas K, Karamanakos S N, Spyropoulos C, *et al*. Laparoscopic cholecystectomy: a report from a single center[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(24): 3887-3890.

[6] Marakis G N, Pavlidis T E, Ballas K, *et al*. Major complications during laparoscopic cholecystectomy[J]. Int Surg, 2007, 92(3): 142-146.

[7] Nuzzo G, Giuliante F, Persiani R. The risk of biliary ductal injury during laparoscopic cholecystectomy[J]. J Chir (Paris), 2004, 141(6): 343-353.

[8] 余德刚, 蔡治方, 顾进, 等. 腹腔镜胆囊切除术中吸引器的临床应用[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(22): 2462-2463.

[9] 郑小东, 马海, 杨红春. 腹腔镜胆囊切除术中Calot三角解剖的技巧[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(15): 1594, 1600.

[10] 刘祥德, 高峻, 陈平, 等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的预防[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(19): 1976-1978.

(**收稿**:2011-01-28;**修回**:2011-03-07)

(编辑 龙 亮)