·经验交流·

32例胆囊后三角入路腹腔镜胆囊切除术临床分析

Clinical analysis of laparoscopic cholecystectomy by posterior cystohepatic triangle in 32 cases

李先贵,孟 镔,张 宇,王 刚 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 腹腔镜;胆囊切除术;胆囊三角
[中图分类号] R657.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0215-01

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)已成为胆囊切除的一种常规手术方式。因腹腔镜视野的独特性和操作上的间接性,后三角入路已成为胆囊切除术中一种常见的手术方式。但手术并发症较高仍是阻碍LC开展的主要因素,其中以胆管损伤最为常见。如何快速有效地经过后胆囊三角入路分离胆囊动脉和胆囊管,并且避免胆管损伤就成为LC术者所面临的一个重要问题。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例32例,男15例,女17例。年龄20~65岁,平均48岁。其中慢性胆囊炎伴胆囊结石13例,急性胆囊炎伴胆囊结石5例,萎缩性胆囊炎7例,急性胆囊炎4例,胆囊息肉3例。

1.2 手术方法

气管插管全麻,然后建立CO_2气腹,按四孔法置入操作器械,显露肝门,分离胆囊、胆囊三角及胆囊后三角,初步观察肝外胆道轮廓。用抓持钳向头侧牵拉Hartmann囊充分暴露后三角,确认胆囊壶腹后提取胆囊壶腹部,伸入腹腔镜,小视野观察后三角情况。在胆囊后壁壶腹部做弧形分离浆膜,用分离钳边分离边向下推压,然后逐渐分离胆囊管后壁。如果后三角组织因反复炎症刺激明显增厚,可沿壶腹向上分离胆囊床后壁,这样可以进一步松解后三角组织。随着分离的进展,注意看清胆囊管的位置和走向。清除三角内脂肪组织,直至暴露胆囊管后壁,胆囊后三角空虚,胆囊颈部和胆囊管的位置与走行基本清晰。然后沿胆囊管前内侧分离胆囊前三角,使前后三角会合,胆囊管即充分游离,然后再继续进行结扎胆囊动脉、胆囊管和胆囊切除的操作。

2 结果

腹腔镜完成手术30例,中转开腹2例。中转原因:1例因胆囊动脉变异损伤出血,1例因胆囊全部粘连无法用LC解剖。术中见胆囊三角严重粘连者12例,胆囊脂肪堆积者5例,在后三角下方见胆囊动脉变异者5例,其中胆囊动脉自胆囊管后方走行至胆囊3例,胆囊动脉自胆囊管前方走行至胆囊2例。手术时间30~90 min,平均50 min。术中无肝外胆道损伤,术后平均住院时间5 d。

3 讨论

胆囊后三角是相对于胆囊三角而言的,胆囊三角是由胆囊管、肝总管和肝脏下面构成,也有人称为胆囊前三角。胆囊后三角是从腹腔镜的角度来看的,是由胆囊管、胆囊后壁壶腹下缘和肝脏面围成的区域,此三角的顶点是胆囊颈与胆囊管的交界处[1]。因胆囊三角较为狭小,其内侧为肝总管,当炎症累及胆囊壶腹和肝总管粘连,常使前三角变形模糊甚至消失[2]。胆囊三角中间重要的解剖学标志是哨兵淋巴结即胆囊管淋巴结和深面的胆囊动脉。因胆囊后三角内没有以上结构,而且胆囊后壁壶腹部是呈顶部向下的弧形结构,在沿弧形部位向深面解剖时,可清晰看见胆囊壶腹变细的位置,相对于胆囊三角在LC视野中较大且安全易行。

手术中要注意用抓持钳牵拉肝脏与胆囊,并沿肝脏的胆囊面之外进行分离,同时尽可能先处理胆囊动脉,再处理胆囊管。这样可以避免因胆囊管离断后牵拉引起胆囊动脉的撕裂,能有效地减少手术出血,很好地保持视野清晰,减少术后的渗出和出现胆瘘[3]。本组多数患者特别是慢性胆囊炎患者,胆囊床因炎症刺激和反复修复已经瘢痕化,并且充血水肿严重。在术中剥离的组织面积较大,所以不利于血管收缩止血;术中视野相对模糊,电凝钩很难完全阻止大面积创面渗血。如果出血较慢较少时,可以暂停止血,继续其他操作,待其他操作完毕再检查胆囊床。如仍有明显出血可用电凝钩止血,并放置引流。

后三角顶部在腹腔镜下仍然为相对的盲区,必须认清胆囊后三角顶部的解剖。所以对萎缩性胆囊炎胆囊后三角变形缩小者及壶腹和周围脏器粘连严重者,必须要用前后三角结合的方法分离胆囊管,才能有效地防止并发症。

[参考文献]

[1] 何 利. 腹腔镜胆囊切除术复杂情况分析与手术技巧[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):320-321.
[2] 冯寿全,忻 玮,张胜华. 腹腔镜下胆囊管后三角分离法[J]. 腹腔镜外科杂志,2003.8(2):105-110.
[3] 王 超,孟 镔,陈 磊,等. 腹腔镜胆囊切除术并发症临床分析[J]. 局解手术学杂志,2009,18(4):245.

(编辑:文 灿)

[收稿日期] 2010-01-21 [修回日期] 2010-02-26