维普资讯 http://www.cqvip.com

·经验交流·

腹腔镜胆囊切除95例临床资料分析

Clinical data analysis of laparoscopic cholecystectomy in 95 cases

何 进,孟 镔,王 钢,何健鸿,李英杰,蒋德华 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 胆结石症;胆囊切除术;腹腔镜
[中图分类号] R575.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)01-0029-01

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)日渐成熟,成为胆囊良性疾病行胆囊切除术的"金标准",但可导致一些并发症的发生。我院共对95例患者行腹腔镜胆囊切除术,效果较好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共95例,其中男35例,女60例,年龄17~84岁,平均58岁,病程6个月~20年。慢性结石性胆囊炎65例,急性胆囊炎9例,胆囊息肉3例,胆囊结石、胆管结石18例。其中合并高血压病10例,糖尿病25例,慢性肝病2例,老年慢性支气管炎、肺心病5例,腹部有手术史者26例,分别为胃大部切除术2例,胆囊切开取石术10例,胃十二指肠溃疡穿孔修补术2例,阑尾切除术12例。

1.2 手术方法

全部采用气管插管复合麻醉,术前多不留置胃管、尿管。术中取仰卧位。术野钻孔用三孔法或四孔法,二氧化碳气腹压力1.33~1.87 kPa。术中仔细解剖胆囊三角,分离切断胆囊管、胆囊动脉,顺性或顺逆结合剥离胆囊并止血,从下孔取出胆囊。

1.3 术后处理

患者术后平卧1 d,观察生命体征的变化,观察有无腹胀、腹痛、呕吐等症状。患者在麻醉清醒后饮食确保定时定量,少食多餐,以流食为主然后慢慢加餐。2 d后鼓励下床锻炼。术后5 d拆线。

2 结果

95例手术时间最长194 min,最短23 min,术后平均住院天数4.1 d。中转开腹1例(1.05%)。胆囊床迷走胆管胆瘘1例,再次开腹引流治愈。无手术死亡病例。

3 讨论

LC本身的局限性以及术者的技术和经验使潜在的危险性不可避免,因此要严格控制适应证,减少并发症的发生。术中及术后并发症往往与术前手术难易的判断、准确掌握好手术适应证有关。应先根据病史和术前的准确诊断,综合临床症状和体征以及相关的检查判断手术的难易程度,再确定手术时间及注意事项。

在LC中,术者解剖胆囊三角的技巧对手术风险的控制和术后并发症的减少有重要作用。采用经胆囊壶腹部侧后方开始解剖胆囊三角的方法,可明显降低肝外胆管和血管损伤等严重并发症。提起胆囊壶腹,沿胆囊颈部切线方向打开胆囊前三角浆膜,充分游离前三角区内组织,显露壶腹、胆囊管,再打开胆囊后三角区浆膜,使胆囊管松弛、变直,三角区扩大,顺行解剖出胆囊管,钳夹夹闭胆囊管(近二远一)并切断,即可显露胆囊动脉,注意钛夹要夹紧且要过头,对合应良好,以免出现钛夹滑脱。夹闭切断胆囊动脉,然后沿胆囊床顺行将胆囊切除。但个别胆囊动脉有后支畸形,如分离胆囊床时分到条索管状组织,最好近端夹闭后再剥切胆囊,以免引起出血,造成手术困难。对胆囊附于肝床面积较大者,在离断胆囊管及胆囊动脉后,可顺逆结合切除胆囊。对胆囊三角解剖不清者,不能确切辨认三管关系且胆囊管短粗、局部粘连严重者,可先将分出的胆囊管用钳夹夹闭,但不要过紧,再行胆囊逆行切除,至大部胆囊游离后,再分辨胆囊管及胆囊动脉,撤掉预置钳夹,常规夹闭胆囊管及胆囊动脉后切断,可避免造成肝总管、胆总管损伤[1-3]。在处理胆囊动脉时,为增强钛夹的可靠性,烧灼血管应紧贴胆囊壁,采用点击式分次进行,以防热传导灼伤胆总管。

最常见的术后并发症是胆漏,其主要原因是:①胆囊管残端钳闭不理想,钛夹脱落或急性炎症期,胆囊管增粗、变脆,缝扎切割组织,缝线易脱落而致胆漏;②术中见胆囊管管腔炎症闭塞或未见明显胆囊管腔且术野无胆汁渗漏,故胆囊管末端未夹闭予;③损伤迷走胆管,或迷走胆管残端焦痂脱落;④直接伤及胆管;⑤分离胆囊床、胆囊三角时,热传导致胆管损伤。避免这些因素,要求医师有稳健的手法和过硬的技术,及患者的积极配合。术后据患者的负荷能力和术前的行走能力等进行功能锻炼,可加快患者的恢复。

[参考文献]

[1] 巴明臣,毛静熙,陈 训,等.腹腔镜胆囊切除术后胆漏的原因及对策[J].中华普通外科杂志,2004,19(2):77-78.
[2] 黄志强.黄志强胆道外科[M].济南:山东科学技术出版社,2000.705.
[3] 聂 伟,钟彦文,郭渝明,等.180例老年腹腔镜胆囊切除术的临床分析[J].局解手术学杂志,2004,13(3):167-169.

[收稿日期] 2007-09-15 [修回日期] 2007-11-19

(编辑:朱志立)