腹腔镜胆囊切除术中转小切口胆囊切除术临床应用

廖国庆[1],廖 忠[1],何 方[1],张光全[1],何茂良[1],李大江[2] (1.成都市第六人民医院肝胆外科,四川 成都 610051;2.第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)中转小切口胆囊切除术(MC)临床应用。**方法** 对2 235例LC中转56例MC作回顾分析,LC改MC主要技术是将原剑突下斜行10 mm戳孔沿肋缘下向右延长至5~6 cm进行直视下小切口操作。**结果** 56例LC例中转为MC操作后均比较顺利切除胆囊,仅4例急性胆囊炎炎症明显,出血量300~400 mL,全组无严重并发症。**结论** LC中转MC后操作容易、安全,而且不失微创的理念,对患者有利。

[关键词] 腹腔镜胆囊切除术;小切口胆囊切除术;临床应用

[中图分类号] R657.4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)04-0287-02

Clinical application of minicholecystectomy in laparoscopic cholecystectomy

LIAO Guo-qing, LIAO Zhong, HE Fang, ZHANG Guang-quan, HE Mao-liang, LI Da-jiang (Department of Hepatobiliary Surgery, Sixth People's Hospital, Chengdu Sichuan 610051, China)

Abstract: Objective To explore the clinical application of minicholecystectomy(MC) in laparoscopic Cholecystectomy(LC). **Methods** Totally 2 235 cases of LC were retrospectively analyzed among which 56 cases performed MC. In MC cases, an initial 5 to 6 cm subcostal incision was done instead of a 10 mm oblique incision under cartilage ensiformis in conventional LC cases. **Results** All 56 patients undergoing MC removed gallbladder successfully and had no serious complications, only four patients with acute cholecystitis expreienced a blood loss of 300~400 mL. **Conclusion** Minicholecystectomy is safe, feasible, inexpensive and it is in line with the concept of minimally invasive surgery and the interests of the patient.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy; minicholecystectomy; clinical application

腹腔镜胆囊切除术、小切口胆囊切除术均以创伤小、愈合快、术后瘢痕小、对机体内环境影响小等微创的优点,被越来越多的医院、患者所接受。我院于2002年5月至2008年7月施行2 235例腹腔镜胆囊切除术,其中中转为小切口胆囊切除术操作56例(2.5%)。现将临床经验报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组56例,男19例,女37例,年龄24~58岁,平均43岁。术前B超均提示胆囊结石,其中急性胆囊炎7例,慢性胆囊炎急性发作35例,萎缩性胆囊炎5例,其余均为慢性胆囊炎。中转MC的原因:气腹不能建立1例(1.78%),腹腔内严重粘连2例(3.56%),胆囊三角区解剖不清39例(69.6%),胆总管电灼伤2例,胆囊管解剖变异2例(3.56%),术中出血4例(7.14%),胆囊床迷走胆管胆漏1例(1.78%),Mirrzzi综合征2例(3.56%),继发胆总管结石2例(3.56%),胆囊十二指肠瘘1例(1.78%)。

1.2 手术方法

腹腔镜胆囊切除术:脐上缘皮肤戳第一孔(10 mm)置入腹腔镜,剑突下2 cm靠右侧平肋缘斜形戳孔(10 mm)为主操作孔,右锁骨中线肋缘下2~3 cm戳孔(5 mm)为辅助操作孔、右腋前线肋缘下2~3 cm戳孔(5 mm)为助手操作孔(可无此孔)。经腹腔镜操作确定胆囊三角冻结、解剖不清、出血、胆漏、继发胆总管结石等,继续操作困难者中转为小切口操作。

小切口胆囊切除术:将原剑突下斜行10 mm戳孔沿肋缘下向右延长至5~6 cm。开腹后腹膜两角缝牵引线,置一纱垫于横结肠及十二指肠前方,放入较宽的拉钩,用一纱条置于肝门左侧,将胃及胃窦部推向左侧放入2个较窄拉钩,用其拉开肋缘及肝缘。显露胆囊及Calot三角,解剖并确认胆囊管、肝总管、胆总管关系后,切断胆囊管,双重结扎近侧残端。胆囊管远侧残端用大弯钳夹住后往外上方提,胆囊三角系膜因牵拉作用而略有张力暴露无疑,用细针线靠胆囊侧缝扎胆囊三角系膜,然后贴胆囊粘膜剪开,边缝扎边剪开,一般缝扎3~4针,胆囊颈管游离可达2~3 cm长,胆囊三角系膜即可处理完毕,胆囊动脉及其分支被缝扎在胆囊三角系膜中,非常可靠而且不易出血[1]。最后从胆囊底剥离切除胆囊,胆囊床间断缝合。打结方法均使用本院自制深部打结器[2]。经原腹腔镜的右锁骨中线下戳孔或右腋前线肋缘下戳孔放置乳胶管引流。

2 结果

LC中转MC 56例中,切除胆囊均顺利。4例出血患者均在

[作者简介] 廖国庆(1974-),男,四川省射洪县人,主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。电话:(028)84332033-8030

[收稿日期] 2010-05-02 [修回日期] 2010-06-15

直视下缝扎胆囊三角系膜止血。1例胆囊十二指肠瘘直视下修补十二指肠瘘口。2例继发胆总管结石患者切除胆囊后，切开胆总管，行胆道镜取石及T管引流术。2例胆总管损伤，均为电灼小破口，行胆总管探查，3-0细针线修补破口，T管引流。术后10 d带T管出院，1个月后行T管造影无异常，拔T管。全组无严重并发症

3 讨论

3.1 LC中转MC原因分析

主要有以下原因：①胆囊炎处于急性期，胆囊三角粘连及炎性充血水肿，胆囊三角解剖不清。②胆囊萎缩，胆囊炎病史长，且反复多次发作者，胆囊三角区为“冰冻样改变”。③胆囊管结石嵌顿，嵌顿的结石与胆总管紧贴并压迫部分胆总管，而且不能挤压到胆囊方向，属于Mirrzzi综合症 型，此种情况继续LC操作胆管损伤机率高。④胆囊管解剖变异。本组1例胆囊管汇入肝右管，1例胆囊管紧贴胆总管，且并行较长，约2.5 cm，1例胆囊管从胆总管后方绕过汇入胆总管左侧，术中解剖关系不清，为避免不必要的医源性损伤，应及时中转。⑤胆囊十二指肠瘘。术中发现胆囊三角解剖不清，大网膜、十二指肠与胆囊致密粘连，中转后发现胆囊十二指肠瘘，切除胆囊，修补十二指肠瘘口。⑥腹腔内广泛粘连，本组1例因既往有胃大部切除术、剖腹产手术史，腹腔内广泛粘连，无法建立有效气腹；另2例既往有上腹部手术史，虽建立了气腹，但因广泛致密粘连难以进行腔镜下操作。⑦继发胆总管结石。术中因胆囊管直径大于0.5 cm，而胆囊内多数结石直径小于0.5 cm，可疑继发胆总管结石。本组2例中转证实胆总管内继发结石。⑧术中胆总管损伤。均为电灼小破口，行胆总管探查，细针线修补破口，T管引流。⑨术中出血。本组中2例因术中胆囊动脉出血严重，且残端较短，腹腔镜下止血可能误伤胆管；另2例因胆囊床出血，腹腔镜下止血失败。⑩胆囊床迷走胆管胆漏。术中发现漏胆，腹腔镜下无法明确原因，不得不中转MC[3-5]。

3.2 LC中转MC的意义

腹腔镜胆囊切除术、小切口胆囊切除术均为微创外科技术(minimall invasice suryery, MIS)，已被医患双方接受。由腹腔镜胆囊切除术中转小切口胆囊切除术，并没有改变手术微创结果；与腹腔镜胆囊切除术中转传统开腹大切口胆囊切除术相比较，中转小切口胆囊切除术还具有对术后患者痛苦、创伤、内环境无影响等优点；术后平均住院时间及费用也没有增加。而且MC技术包含了传统和微创双重特点[6-8]。所以，在LC术中遇到困难时选择MC，兼顾了利用传统积累的经验不但解决术中问题，而且还不失微创特色，极大地符合病人的利益。

[参考文献]

[1] 曹启鸾，杨远秋，张晓蓉. 双极BiClamp钳替代钛夹在腹腔镜胆囊切除术中的应用[J]. 中华消化外科杂志，2007，6(2)：138－139.

[2] 张光全，程泰煦. 小切口胆囊切除术的深部打结技术[J]. 肝胆胰外科杂志，2001，13(4)：209.

[3] 王 宝. 小切口胆囊切除术80例临床分析[J]. 局解手术学杂志，2009，18(2)：112.

[4] 李英杰，孟 镔，王 钢，等. 小切口传统胆囊切除术85例的临床分析[J]. 局解手术学杂志，2008，17(1)：35.

[5] 张光全，徐荣华，廖 忠，等. 小切口胆囊切除术10 200例的并发症及预防[J]. 中国普通外科杂志，2007，16(2)：117－120.

[6] 吴硕东，范 莹. 2000例腹腔镜胆囊切除术的临床研究[J]. 中华消化外科杂志，2009(6)：472－473.

[7] 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.

[8] 黄志伟. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术的对比研究[J]. 微创医学，2009，4(6)：662－663.

(编辑：朱志立)

(上接第286页)

[3] Lee EG, Boone DL, Chai S, et al. Failure to regulate TNF-induced NF-kappaB and cell death responses in A20-deficient mice[J]. Science, 2000, 289(5488): 2350－2354.

[4] 朱楚洪，应大君，糜建红，等. A20基因在动脉粥样硬化损伤中对内皮细胞的保护作用[J]. 中华老年心脑血管病杂志，2003，5(5)：325－327.

[5] 柏 力，杨明璨，李至伟，等. 锌指蛋白基因抑制内皮细胞粘附分子表达及单核细胞粘附[J]. 局解手术学杂志，2010，19(3)：171－173.

[6] 王志勇，邹祖玉，刘维新. 血管平滑肌细胞的表型标志α-SM-actin的表达与调控的研究进展[J]. 数理医药学杂志，2001，14(5)：443－445.

[7] Heyninck K, Kreike MM, Beyaert R. Structure-function analysis of the A20-binding inhibitor of NF-kappa B activation, ABIN-1[J]. FEBS Lett, 2003, 536(1-3): 135－140.

[8] Coornaert B, Carpentier I, Beyaert R. A20: central gatekeeper in inflammation and immunity[J]. J Biol Chem, 2009, 284(13): 8217－8221.

[9] 吴丽娟，陈 潇，冯建男，等. 锌指蛋白A20突变体转基因小鼠脓毒症肺损伤的研究[J]. 第三军医大学学报，2010，32(5)：435－438.

[10] 解 婧，王杰军. 锌指蛋白A20与恶性肿瘤相关性研究的进展[J]. 临床肿瘤学杂志，2010，15(1)：86－89.

(编辑：文 灿)