维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.4

胆囊切除的术中探查

李晓军* 李志勇* 刘延民*

【摘 要】 **目的** 讨论胆囊切除术术中探查的意义。**方法** 随机抽样1995～1998年间我院行单纯胆囊切除术的临床资料。**结果** 术中探查发现胆囊癌Ⅴ期1例，胆囊内无结石2例，胆总管探查阴性3例，胰腺头部结石1例，Mirrizi综合征1例，合并肝内胆管结石2例，肝海绵状血管瘤1例。术前均未明确诊断。**结论** 胆囊切除术术中探查具有重要意义。

【关键词】 胆囊切除术 探查 术中

Means of intraabdominal exploration in cholecystectomy

Li Xiaojun, Li Zhiyong, Liu Yanmin. Department of Hepatobiliary, Workers Hospital, First Recovery Plant, Changqing oil Bureau, Yanan 716000

【**Abstract**】 **Objective** To evaluate the means of intraabdominal exploration in cholecystectomy. **Methods** We analysed 100 case with simple cholecystomy in random sample between 1995～1998. **Results** In operation we found gallbladder cancer (1 case), no stone in gallbladder(2 cases), no stone in choledochus (3 cases), Stone in caput pancreatis (1 case), Mirriz syndrome (1 case), And intrahepatic lithiasis (2 cases), Hapatic cavernous hemangioma (1 case). These cases didn't find before operation. **Conclusion** Intraabdominal exploration is important in cholecystectomy.

【**Key words**】 Cholecystectomy Exploration

由于影像学的发展及基层医务人员素质不断提高，单纯的胆囊切除手术在县级甚至于基层卫生院已广泛开展，手术量有超过阑尾趋势，同时由于微创伤时代的到来，许多手术医生对其理解不完整，进行胆囊切除术的目的仅限于如何能安全、快速地将胆囊摘除，给患者带来许多不必要的痛苦，甚至于延误病情。裘法祖教授曾指出："我们反对个别医生以"切口小"、"时间快"来炫耀自己的技术，正因为切口小就不能清楚地显露手术野，而时间快必然导致操作草率、不够细致"[1]。胆囊切除术中常规地对腹腔脏器顺序探查：肝、胃体、贲门部、食道裂孔、胆囊、肝外胆管、胰腺、盆腔及盆腔脏器，以详细地了解病变的性质，部位和有无其它合并症，不能过份依靠术前影像学诊断。胆囊的位置较深，肝门处血管和胆管常有各种不可预测的解剖学变异，在此不再赘述。

资料和方法

随机抽查我院100例胆囊切除术，其中男43例，女57例，男：女为1:1.32，年龄25岁～72岁，50岁以下者46人，50岁以上者54人，比例为1:1.39。此组手术，术前均诊断为结石性胆囊炎，计划手术方式均为单纯胆囊切除术，术中发现胆囊癌Ⅴ期1例，胆囊内无结石1例，胆总管探查阴性3例，胰头部结石1例。Mirriz综合征1例，合并肝内胆管结石2例，肝海绵状血管瘤1例。

结果和讨论

一、肝胆

(一)合并肝内外胆管结石：据统计约36%胆石症病人中[2]，有肝内、外胆管系统的结石，当肝脏右侧(包括右前叶或右后叶)胆管有病变时，将使该部分的肝组织发生纤维化及萎缩，体积缩小，而肝左叶则呈代偿性增大，肝镰状韧带向右移、肝方叶增大，胆囊向右侧移位，此时肝脏有以下腔静脉为轴心向右后侧旋转的倾向。肝左叶有病变萎缩时，则情况恰相反。遇到这种情况我们应明白：(1)肝胆管结石时，一般胆囊内多无结石，因而少有胆囊管梗阻；(2)此时的急性胆囊炎，往往是急性胆管炎的一部分，阻塞多在胆总管下端，一旦胆总管得以减压引流，胆囊炎即行缓解。(3)在肝内胆管及肝门胆管病变未得到有效处理以前，急于切除胆囊，也无多大帮助。

(二)门脉高压症时的急性胆囊炎：探查注意肝门部及肝十二指肠韧带众多纡曲的门脉血管侧枝，它们不仅在蜂窝组织之内，也同样存在胆囊壁内，术前应有

* 作者单位：716000 陕西省延安市河庄坪长庆油田第一采油厂职工医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

充分的思想准备，术中渗血较多且常为静脉血，如能果断地决定行胆囊切开取石造口术，不强求切除胆囊，将减少肝损害和保证安全。有报道门静脉高压病人因胆囊结石行胆囊切除术，不慎缝扎肝总管。

（三）若不慎将重症肝炎和肝周围炎病人由于胆囊的水肿、肥厚、淤滞并发热、黄疸诊断为急性胆囊炎，应看作是不幸的事情。此时除了小片肝组织活检外，任何手术如胆囊造口或胆总管造口术都是在不幸的剖腹手术中再增加有害无益的肝肌损害及负担

二、胃

在B超未普及前，由于检查方法的局限，胆囊结石易被误诊为胃十二指肠疾病。而今，B超已成为许多腹部疾病检查的重要方法，胆囊结石与胃癌症状所似处颇多。临床医生常因得到胆囊结石的诊断而满足，缺乏对胃癌的警惕。对于一个右上腹病的患者我们习惯于首先B超检查，如胆囊内有结石则易诊断为结石性胆囊炎，忽略了无症状胆囊结石的存在，或两病并存的情况。

三、胆囊

探查胆囊时我们必须注意到自己探查的结果是否与术前症状、体征、检查结果相符。

（一）胆囊癌：不少胆囊癌病例缺乏特异性症状，术前未作出确诊，而多在因胆石病或其它胆道疾病作胆囊切除时发现。因此，手术医师在术中要对每一个切除胆囊标本进行大体检查，先观察胆囊的大体轮廓，有无异常；随后探查胆囊壁，有无局限性增厚区、硬结或肿块；最后解剖开胆囊壁，观察其粘膜是否光滑，有无隆起样病变，息肉或肿块。遇有疑问时，取出病灶组织作冰冻切片或块速石蜡切片检查。因为术中偶而发现的胆囊癌多属早期病变，手术切除效果好。

（二）胆囊罗-阿氏窦穿孔：术中探查发现胆囊张力高，颈部有结石嵌顿、术中肝下有稀薄胆汁，而不含肠内容物残液，周围脏器正常者，应想到本病。在慢性胆囊炎约90%病例存在有罗-阿氏窦[3]。当慢性胆囊炎急性发作时，可因胆囊内压力增高而发生穿孔，致胆汁外漏，引起胆汁性腹膜炎。但不累及其它部分，肉眼亦不见胆囊穿孔[4]。如果对此认识不足、术中由于肉眼不见胆囊穿孔，探查空腔脏器又未发现穿孔，既延长手术时间，又增加不必要的损伤，由于不能找到穿孔部位，给术者心理上造成很大负担。

（三）Mirrizi综合征：它的临床表现与胆囊结石伴胆总管结石等梗阻性黄疸十分相似，术前鉴别十分困难，确诊率为8.2%～20%[5]，术中探查若有以下情况应考虑本病：(1)胆囊三角区粘连较重，胆囊颈结石嵌顿，胆囊管开口异常。(2)胆囊-胆管瘘。(3)肝脏胆汁淤积，而胆总管不扩张。这时即不必要进行胆总管探查，胆囊切除加胆总管探查引流的死亡率为2.5%，明显高于单纯胆囊切除术的0.25%[6]。对患者术前黄疸，肝内胆管扩张心中有数，并对即将进行的手术方式，有所估计，如缝合修补术，胆肠吻合术。

四、胰腺

一般情况下，胆囊癌，中上段胆管癌及肝癌不易漏诊，而胆总管下端癌及胰头癌因病灶隐蔽，不易发现。对此，简单而有效的方法是对每一例患者都应通过文氏孔，用食指与拇指的双合诊仔细触摸胆总管下端及胰头部，对胆总管取石后仍发现其下端不很通畅，可采用造影，或刮取活检，或切开十二指肠降段，以明确胰腺情况。

参 考 文 献

1 裴法祖.重视术中意外损伤的预防和处理.中国实用外科杂志，1996，16：451.
2.黄志强 胆道手术的腹内探查.见：黄志强胆道外科手术学.北京：人民军医出版社，19991 48.
3.武忠弼，主编.病理学.北京：人民卫生出版社，1990.324.
4.金庆丰，主编.胆道疾病.上海：上海科学技术出版社，1979.3.
5.Becker CD, Hassler H, Terrier F, et al. Preoperative diagnosis of the Mirrizi syndrome. Am J Roentgenology, 1984, 143：591.
6.顾悼云.胆总管探查，引流术.见：黄志强胆道外科手术学.北京：人民军医出版社，1991.198.

（收稿：2000-07-04）

（上接328页）

3.马学义，刘美音，卢其源，等.肘管综合症的临床与解剖学研究.中华骨科杂志，1994，14(2)：755.
4.杨运平，徐达传，许本柯，等.肘管的应用解剖学研究.中国临床解剖学杂志，2000，18(1)：8.

（收稿：2000-05-16）