维普资讯 http://www.cqvip.com

结石嵌顿急性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术的治疗体会

罗 强，陈万发 （内江市第六人民医院外一科，四川 内江 641000）

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜治疗胆囊壶腹或胆囊管结石嵌顿急性胆囊炎的手术适应证、手术技巧及并发症的防治。**方法** 回顾性分析108例胆囊壶腹或胆囊管结石嵌顿急性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术的病案。**结果** 全组腹腔镜胆囊切除术成功104例(96.3%)，中转开腹4例(3.7%)，无并发症发生，全组无死亡率。**结论** 腹腔镜治疗急性结石性胆囊炎对有丰富的腹腔镜胆囊切除术临床经验及技术的外科医师是可行的。

[关键词] 腹腔镜；胆囊切除术；急性胆囊炎
[中图分类号] R657.4；R322.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2007)04-0249-02

Analysis of calculus incarceration acute cholecystitis treated with laparoscopic cholecystectomy

LUO Qiang, CHEN Wan-fa (Department of General Surgery, the 6th People's Hospital of Neijiang, Neijiang Sichuan 641000, China)

Abstract: Objective To explore the treatment of laparoscopic cholecystectomy in calculus incarceration acute cholecystitis. **Methods** 108 cases of calculus incarceration acute cholecystitis were treated with laparoscopic cholecystectomy which were retrospectively analyzed. **Results** Among 108 cases of total group, 104(96.3%) cases were successfully by laparoscopic cholecystectomy, only 4(3.7%) cases converted to open cholecystectomy, and no complication were happened. **Conclusion** The laparoscopic cholecystectomy in treating calculus incarceration acute cholecystitis is safe and reliable.

Keywords: laparoscope; cholecystectomy; acute cholecystitis

腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)以其微创、手术时间短，术后恢复快，腹部瘢痕小的优点，自1981年在法国开展LC以来，迅速在世界各地普及。但是仍然有一定胆管损伤的发生，尤其是对胆囊壶腹或胆囊管结石嵌顿急性胆囊炎胆管损伤的发生率更高。本文讨论的主要目的就是如何提高LC成功率。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例108例，其中男21例，女87例，年龄20～90岁，平均45.5岁。发病时间：75例<24 h，15例24～48 h，11例48～72 h，7例>72 h。术前B超检查均提示胆囊肿大，长径10～15 cm；胆囊壁厚0.4～1.5 cm，明确壶腹部结石嵌顿93例，胆囊管结石嵌顿8例，其余提示胆囊三角可疑结石或显示不清，依靠既往B超检查结果和CT检查，结合临床表现综合分析确定诊断。术后确诊11例胆囊管结石嵌顿，其中1例为Mirizzi综合征，97例为胆囊壶腹结石嵌顿。术后病理诊断，急性水肿性胆囊炎75例，急性化脓性胆囊炎27例，急性坏疽性胆囊炎6例。

1.2 手术方法

本组手术均采用全麻。进腹后对水肿严重、张力大者，先行开窗减压；解剖Calot三角，对于胆囊壶腹部嵌顿结石，靠近结石侧胆囊壁解剖，认清解剖关系后，靠近结石部钛夹夹毕胆囊管和胆囊动脉，切除胆囊。对于胆囊管嵌顿的结石，牵拉胆囊壶腹，使胆囊管尽量拉直，在结石远端轻轻挤压胆囊管，使结石远离胆总管，再上钛夹夹毕胆囊管；如果结石与胆总管交汇处距离太近，则直接切开胆囊和胆囊管取出结石，然后上钛夹或连续缝合关闭胆囊管残端，切除胆囊。于剑突下孔取出胆囊。常规放置腹腔引流管。

2 结果

108例患者中转剖腹4例(占3.7%)，其中3例为Calot三角严重炎症、水肿、粘连，胆囊管嵌顿结石使解剖关系无法辨认，1例为Mirizzi综合征。1例1月后出现腹痛，B超发现胆总管结石，内镜下括约肌切开术取出结石。无一例肝外胆管损伤。

3 讨论

胆囊壶腹或胆囊管结石嵌顿急性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术(LC)，随着手术技术的提高，已经不是LC手术禁忌症[1]。但术前仔细评估仍是LC成功的关键步骤，对于对初次发作，病程48 h以内，症状较轻，B超提示胆囊轻度肿大，胆囊壁不厚(<4 mm)者，可急诊LC术，成功率为100%。对于反复发作，症状重，合

[作者简介] 罗 强(1970-)，男，四川省简阳市人，主治医师，本科，主要从事普通外科临床方面的研究。电话：(0832)8075727，E-mail：lq818007@yahoo.com.cn

[收稿日期] 2007-03-25 [修回日期] 2007-05-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

并有发热,腹膜刺激征,急性发作病程超过48 h,尤其是超过72 h者,超声提示胆囊管结石,胆囊壁增厚(>5 mm)者胆总管显示不清,十二指肠胀气,胰腺显示不清者,多提示胆囊三角炎症、水肿严重,术中解剖不清晰,中转开腹手术的可能性大,本组病例中转开腹的均属于此类[2]。

由于胆囊急性炎症,在加上部分病员既往有多次急性发作的病史,使胆囊同大网膜及周围形成广泛致密的粘连,将胆囊包裹,探察时无法找到胆囊,这种情况下采用"由外向内,由上向下,循肝找胆"的原则,紧贴肝脏,先找到胆囊底,采用钝性和锐性相结合的方法使胆囊游离出来。对于胆囊肿大,影响术野显露,张力过大,难以抓持者,于胆囊体部电切一小孔减压,但不要排出所有胆汁,使胆囊稍有张力,以助于辨认。对于胆囊三角的处理,首先要有足够的耐心和细心,在使用电凝分离时,我们依据:"少量,薄层,透明,短时"的原则,也就是每次钩取组织量不要过多,一束一束的,对于可能靠近胆总管时要一丝一丝的,基本上可以透过组织看到电钩,每一次电凝或者电切时采用脉冲低电压离断,不要长时间的电凝,这样既不容易对周围组织出现热辐射损伤,也利于细致、轻柔操作。分离组织时由浅入深,由简单到复杂,尽可能的显露清楚胆囊三角,对于确实不能明确胆总管解剖位置的,我们采用"以结石为中心"的原则,也就是先通过胆囊或胆管结石局部膨大部位,分离钳触探明确后,分离时一直紧贴结石部的胆囊或胆囊管,严格遵循"宁伤胆,勿伤管"的原则分离,最终确认胆囊管和胆总管的解剖关系后,再行胆囊管的切断。对于胆囊壶腹嵌顿结石,尤其是结石巨大(>2 cm)时使抓持胆囊十分困难,可以先切开胆囊使结石从胆囊内排出,再解剖三角,由于胆囊管无明显的炎症,更有利于辨认胆囊三角的解剖关系,也有利于发现是否有Mirrize综合征[3-5]。对于胆囊管嵌顿结石处理相对要困难,此类结石多小于0.6 cm,嵌顿后可以使胆囊侧的胆囊管膨大,使"胆囊管"缩短,对于炎症较轻,结石能够通过分离钳明确探及的,采取"以结石为中心"的原则处理。而局部炎症重解剖不清,尤其是因局部的炎症严重难以判断结石的部位的,可以试行胆囊管切开,以试图找到结石,如成功找到结石,可以继续操作,由于这种情况局部解剖分离时,出血均较多,术野显示不清,要做细致的分离十分困难,中转开腹是最明智的选择。在处理胆囊管时,应紧贴结石侧胆囊管夹闭1~2枚钛夹,胆囊侧不上钛夹,而靠近结石切断胆囊管或胆囊,这样确保胆总管不会受到损伤。对于结石嵌顿于胆囊管而又靠近胆总管者,结石在挤压时,有可能挤入胆总管,应沿胆囊管切开直视下看清楚结石,将结石取出,或者夹碎后取出,这样,即使有少量碎石落入胆总管,一般都可以自行排除。本组病例中仅有1例术后1月发现有残余结石,后经内镜下括约肌切开术取出[6-7]。由于这类LC,胆囊炎症水肿重,肝床及周围网膜有一定渗液(平均第一个24 h有约40 ml,最大的高达150 ml),引流出后有助于病员恢复。尤其是对于术中胆总管显露不清者,有助于术后观察,发现有无胆漏,便于及时处理。

[参考文献]

[1] 黄志强.当今胆道外科的发展与方向[J].中华外科杂志,2006,44(23):1585-1586.
[2] 周 鸿,尹光芬,杨继武.急性胆囊炎106例外科治疗体会[J].局解手术学杂志,2006,15(4):246.
[3] 谢敖文,曹文声,吴新军,等.胆囊颈管部结石嵌顿腹腔镜胆囊切除手术治疗的研究[J].中国内镜杂志,2005,11(1):90-93.
[4] 胡 晶,付肥郭,孟凡东.腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎体会[J].安徽预防医学杂志,2002,8(3):190-192.
[5] 韩学义.腹腔镜胆囊切除500例体会[J].河南外科学杂志,2006,12(5):16-17.
[6] 董满库,崔 彦,孙卫国,等.胆囊结石并急性胆囊炎的腹腔镜手术治疗[J].总装备部医学学报,2006,8(3):141-143.
[7] 周重巍.腹腔镜胆囊切除术难易度的相关因素分析[J].腹腔镜外科杂志,2002,7(2):74-75.

(编辑:郭光金)

(上接第228页)

引器、氧气、电凝止血器到位。

2.3 加强风险意识教育

随着国家法制建设的不断完善,医务工作者也应该加强法律学习,依法办事、按职上岗是预防技术性差错的重要措施。护理人员必须专人专职,工作安排要量力而行。新毕业的护士必须通过国家进行的护士注册考试,并且经过专门的手术室业务培训,严格考核,各项要求达标后才能单独值班。实习护士的工作责任应归代教老师,难度较大或新开展的手术应由高年资护士承担。

(编辑:雷 艳)