维普资讯 http://www.cqvip.com

小切口治疗胆囊病变238例体会

杨勤华,石 琳 (广州市白云区中医院普通外科,广东 广州 510450)

[摘 要] **目的** 评估小切口治疗胆囊病变的效果,探讨小切口治疗胆囊病变在基层医院的应用。**方法** 采用回顾性资料,统计1995年1月至2006年12月利用小切口治疗的238例胆囊病变患者,观察手术时间、出血量、并发症发生率、术后下床活动、保留胃管及肛门排气时间和出院后随访情况。**结果** 本组238例胆囊病变患者采用小切口切除胆囊,全部痊愈出院。手术时间、出血量、并发症发生率、术后下床活动、保留胃管及肛门排气时间均优于传统手术方法。**结论** 小切口治疗胆囊病变操作简单,与常规手术比较,有创伤较小、手术时间较短、出血较少、患者术后恢复较快等特点。术后早期即可下床活动,胃肠减压时间及排气时间较常规手术短。

[关键词] 小切口;胆囊病变;胆囊切除术
[中图分类号] R575.6; R730.56 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2007)04-0237-02

Clinical experience in gallbladder disease treated by small incision in 238 cases

YANG Qin-hua, SHI Lin (the Chinese Medical Hospital of Baiyun District, Guangzhou Guangdong 510000, China)

Abstract: Objective To evaluate the effect of treatment of the gallbladder disease by small incision, and to explore the practice of the operation in the primary hospital. **Methods** A retrospective analysis was performed on 238 patients suffered from gallbladder disease resected with small incision from 1995 to 2006 in our hospital. The operational time, bleeding quantity, complication rate, out-of-bed activity, the reserving time of the decompressing tube in the stomach and the exhausting time from fundament were observed. All patients were followed-up for 1 week or 1 month. **Results** All patients were performed cholecystectomy with small incision about 6 ~ 8 centimeters and recovered well. The operation was better in operational time, bleeding quantity, complication rate, out-of-bed activity, gastrointestinal decompression time and exhausting time were shorter compared with the traditional cholecystectomy. **Conclusion** The small incision used to cholecystectomy is simple and safety method in gallbladder disease.

Keywords: small incision; gallbladder disease; cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除(LC)已经是胆囊切除的常规方法。而在基层医院,因为腹腔镜操作器械设备昂贵,对手术麻醉要求也比较高,难以普及。参照传统手术方式,利用小切口切除胆囊(MC),其效果不亚于腹腔镜胆囊切除,同样能够达到满意的临床治疗效果,同时治疗费用大大降低。本院1995年1月至2006年12月间,利用常规手术器械、采用小切口切除各种类型的病变胆囊238例,效果良好,共发生各类并发症17例,包括切口感染、胆道损伤、胆漏、肺部感染等,并发症发生率为7.14%。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组胆囊病变病例238例,其中男95例,女143例,平均年龄46.8岁。其中:慢性胆囊炎、胆囊结石93例,急性胆囊炎、胆囊结石76例,急性单纯性胆囊炎23例,胆囊息肉46例。全部病例均行B超检查证实诊断,43例CT检查,排除其他病变。

1.2 手术方法

常规选择右侧肋缘下斜切口,根据影像学检查,明确胆囊的体表投影,根据是否有胆囊转位,适当调整切口的具体位置。剪开胆囊管前腹膜,先向下沿胆囊管游离胆囊三角下腹膜,然后向上沿胆囊管游离胆囊三角上腹膜,游离胆囊管,于胆囊管汇入胆总管5~8 mm处4号丝线带线结扎胆囊管,钳夹、切断胆囊管;丝线结扎胆囊管,保留丝线不剪断,以作牵引。游离结扎胆囊动脉。向上牵开肝方叶,向下适当用力牵拉胆囊,保持适度张力下,于胆囊底部开始距肝脏约10 mm处电凝刮吸刀边切开浆膜、边分离胆囊与肝脏之间结缔组织,较大血管结扎止血。慢性炎症明显时可能存在经胆囊床直接进入胆囊的迷走胆管,遇条索状组织必须结扎。对于胆囊管与肝脏、肝门右侧或肝总管因炎症粘连较重,解剖结构不清者,炎症粘连明显,不易显露胆囊三角,则从胆囊底部开始,逆行法切除胆囊;或同时行胆囊大部分切除,保留肝脏侧胆囊壁及部分胆囊壶腹,取尽胆囊内容物,生理盐水、3%双氧水、1%稀释碘伏液冲洗胆囊残腔,电凝破坏残留胆囊粘膜,丝线缝闭胆囊壶腹或胆囊管。炎症明显或渗出较多时,放置双腔引流管,保留1~2 d。

2 结果

本组手术时间45~120 min;出血80~310 ml。发生并发

[作者简介] 杨勤华(1962-),男,湖南省新化县人,主治医师,学士,主要从事普通外科临床方面的研究工作。电话:13802757539

[收稿日期] 2007-03-25 [修回日期] 2007-05-20

维普资讯 http://www.cqvip.com

症17例,发生率7.14%,其中切口感染9例、胆道损伤1例、胆漏2例、肺炎5例,分别经术中及时修补、术后引流液、抗炎及对症治疗后痊愈。住院7~16 d,平均8.6 d。出院后1周或1月随访,基本恢复正常饮食,无腹痛。238例全部痊愈出院。

3 讨论

胆囊三角(Calot三角)是肝门区的重要解剖部位之一,该三角由肝总管、胆囊管和肝脏脏面所组成。90%的胆囊动脉和82%的右肝动脉行走于此三角内;大多数迷走肝右动脉的副肝管亦经过此三角内。胆囊动脉来源于肝右动脉为多,但也可有双重动脉,或来源于左肝动脉。在肝外,胆囊与肝总管汇合的形式主要有三种情况。第一种是以锐角形式与肝总管汇合,占75%左右,胆囊管与肝总管之间有一定的间隙,炎症不明显时,解剖结构较清楚,易于显露和分离。第二种是胆囊管与肝总管并行较长一段距离后再汇合,两者之间没有明显间隙或仅有薄薄一层结缔组织,占20%左右,炎症明显时,不易分离,或者手术时胆管微小损伤,不易发现,从而导致手术后胆漏。第三种情况是胆囊管从肝总管后面绕行至左侧后再汇入肝总管,约占5%左右,处理这种情况,可能导致两种结果:①残留胆囊管过长,形成小胆囊,术后腹痛可能与此有关;②术中用力牵拉胆囊管,使肝总管及胆总管向右侧成角,容易造成肝总管或胆总管损伤或狭窄。在肝内也可以发生肝胆管与胆囊或胆囊管关系的变异,某些情况下,肝内胆管可以直接通向胆囊或胆囊管,须特别注意,否则可能导致胆管损伤、胆漏或胆道狭窄等严重并发症[3-4]。

胆囊炎、胆囊结石和胆囊息肉是临床上常见的胆囊疾病。胆囊切除是治疗胆囊疾病的最终方法,有条件的单位普遍开展了腹腔镜胆囊切除,而在基层单位,因条件所限,尚未普及腹腔镜手术。利用常规手术器械、采用小切口切除胆囊,对于肝外胆道解剖熟悉的人员来说,操作简单,与常规手术比较,有创伤较小、手术时间较短、出血较少、患者术后恢复较快等特点[5-6]。小切口也有一定的局限性,正因为是小切口,暴露不够充分,所以要求术者对胆囊解剖定位准确,对各种解剖变异类型心中有数,灵活、谨慎处理术中意外。因此,选择小切口胆囊切除,应该严格掌握适应症。灵活采取逆行法和顺行法切除胆囊,在某些特殊情况下,逆行法可能更为安全,但是不预先结扎胆囊动脉可能导致术中出血较多[7]。对于高度怀疑胆囊恶性病变,或已经明确胆囊恶性病变并且尚未转移或侵犯临近组织器官者,应采取常规手术切口切除胆囊,为扩大根治性切除手术创造条件。对于肥胖、腹壁脂肪明显增厚、胆囊明显右后方向转位、伴中度肝硬化等胆囊良性病变,麻醉效果不佳、肌肉松弛不够者,均不宜采取小切口切除胆囊,切口暴露不充分,容易发生不必要的损伤。应建议到有条件单位行腹腔镜胆囊切除或采取常规手术切口。

胆道损伤是胆囊切除术中严重并发症,MC与LC发生率基本相仿,为0.3%~0.5%[8]。本组1例胆道损伤,发生率为4.2%。操作不熟练、炎症水肿及粘连明显导致局部解剖结构分辨不清、遇局部出血时大块钳夹止血等,都是引发胆囊切除术中胆道损伤的隐患[9]。尤其是当遇到胆囊三角局部炎症明显时,对肝内或肝外胆囊或胆囊管与肝总管或肝内胆管汇合形式的变异往往认识不足,更加容易发生胆管损伤。小切口切除胆囊治疗胆囊病变,只是一个可供选择的治疗手段,只有在确保患者安全的前提和严格掌握手术适应症及手术时机的情况下,才能适当采用小切口进行胆囊切除。小切口胆囊切除因其费用较低、胃肠功能恢复较快、住院时间较短等优点,在物质条件不成熟的广大基层医院仍然有实际意义[10]。

[参考文献]

[1] 孙 敏,陈嘉勇,刘家宦,等.小切口胆囊切除的探讨[J].局解手术学杂志,2003,12(4):292-294.

[2] Tokumura H, Umezawa A, Cao H, et al. Laparoscopic management of common bile duct stones: transcystic approach and choledochotomy[J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2002, 9(2): 206-212.

[3] Sakamoto K, Kimura N, Tokumura H, et al. Hepatoid adenocarcinoma of the gallbladder[J]. Histopathology, 2005, 47(6): 649-651.

[4] Tokumura H, Rikiyama T, Harada N, et al. Laparoscopic biliary surgery[J]. Nippon Gera Gakkai Zassh, 2002, 103(10): 737-741.

[5] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社, 2006. 618.

[6] 袁德利. 小切口胆囊切除术疗效观察[J]. 牡丹江医学院学报, 2006, 27(4): 36.

[7] 高 飞. 腹部小切口胆囊切除术235例临床分析[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(14): 2144-2145.

[8] 张永东,于 泓,姚成汉. 小切口胆囊切除手术技巧与并发症预防[J]. 实用临床医学, 2006, 7(5): 67-69.

[9] 皋岚雅. 小切口胆囊切除术适应证及要领[J]. 临床外科杂志, 2002, 10(1): 6-7.

[10] 王 群. 腹腔镜与开腹胆囊切除术的护理及卫生资源利用情况的对比分析[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(4): 237-238.

(编辑:郭光金)