经验交流

DOI:10.3969/j.issn.0253-3626.2011.12.034

腹腔镜胆囊切除术治疗慢性萎缩性胆囊炎 127 例报告

汪 辉

（绵阳市第三人民医院普外科，四川 621000）

【摘 要】目的：探讨腹腔镜胆囊切除术（Laparoscopic cholecystectomy，LC）治疗慢性萎缩性胆囊炎的可行性、安全性。方法：回顾分析我院 2002 年 2 月~2010 年 10 月 LC 治疗慢性萎缩性胆囊炎 127 例的疗效。结果：腹腔镜胆囊切除 124 例，中转开腹 3 例。结论：LC 治疗慢性萎缩性胆囊炎是安全、可行的。

【关键词】慢性萎缩性胆囊炎；腹腔镜；胆囊切除术

【中国图书分类法分类号】R657.4 【文献标志码】B 【收稿日期】2011-09-22

Clinical analysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic atrophic cholecystitis: A report of 127 cases

WANG Hui

(*Department of General Surgery, the Third People's Hospital of Mianyang*)

【Abstract】*Objective*: To study the feasibility and safety of LC in patients with chronic atrophic cholecystitis. *Methods*: The clinical data of 127 patients with chronic atrophic cholecystitis who underwent LC from February 2002 to October 2010 were retrospectively analyzed. *Results*: 124 cases accepted LC successfully, and 3 cases were converted to open procedures. *Conclusion*: LC for patients with chronic atrophic cholecystitis is safe and feasible.

【Key words】chronic atrophic cholecystitis; laparscopic; cholecystectomy

慢性萎缩性胆囊炎因病程长，胆囊萎缩，胆囊与胆囊床组织间隙消失，Calot 三角瘢痕化，分离时又解剖层次不清，因此手术难度增大，胆总管、肝外胆管、胆囊动脉损伤等并发症较多，手术风险高。但随着术者关于腹腔镜手术的开展、手术经验的积累以及器械的改进，慢性萎缩性胆囊炎已不再是腹腔镜胆囊切除的禁忌证。自 2002 年 2 月至 2010 年 10 月，我院收治慢性萎缩性胆囊炎 127 例，采用腹腔镜胆囊切除术（Laparoscopic cholecystectomy，LC）对慢性萎缩性胆囊炎进行彻底治疗 124 例，虽然所有病例均有胆囊与周围组织器官不同程度粘连，但无 1 例出现严重并发症，效果满意。现报告如下。

1 临床资料和方法

1.1 临床资料

慢性萎缩性胆囊炎患者 127 例，男 56 例，女 71 例，年龄 31~76 岁，平均 53.4 岁；均有右上腹不适病史，无黄疸病史，病史 7 个月至 21 年。B 超及磁共振胰胆管成像提示胆囊正常形态消失、壁厚，胆囊内均充满结石或多发性结石，胆囊体积较小（<4 cm）。术前均被诊断为萎缩性胆囊炎。

作者介绍：汪 辉（1965- ），男，主治医师，
研究方向：微创外科、普外科肿瘤基础及临床研究。

1.2 方法

所有病例均采用全麻，盲穿建立气腹，气腹压控制在 10~12 mmHg，大部分病例常规采用三孔法，因手术难度大，操作困难的病例可采用四孔法。手术开始时，首先了解腹腔内大体情况，胆囊炎症程度，与组织脏器粘连情况。其次，充分显露胆囊，如胆囊三角区解剖层次清楚、间隙疏松，则远离肝门区和胆总管，紧贴胆囊壁分离胆囊管、胆囊动脉，分别予夹闭和离断。如胆囊壶腹消失，胆囊三角区解剖层次显露不满意时，则采用逆行胆囊切除法。先从胆囊底部分离胆囊床，分离至胆囊三角区时，紧贴胆囊壁分离、夹闭、离断胆囊管和胆囊动脉。萎缩性胆囊常与大网膜、胃窦、十二指肠或结肠等周边组织粘连，尽量避免使用电刀，钝性分离，显露出 Calot 三角及变形、萎缩的胆囊。分离 Calot 三角时，钝性分离胆囊壶腹与肝外胆管之间的结缔组织和粘连，直至分离到 Calot 三角内空虚、无管状结构为止。因腹腔内组织与胆囊粘连紧密，腔镜下分离困难病例；胆囊壶腹与肝外胆管之间的解剖层次关系显露不清，导致分离 Calot 三角困难的病例，为了避免损伤和并发症的发生，则及时、果断中转开腹行胆囊切除。

2 结 果

本组 127 例慢性萎缩性胆囊炎患者 124 例成功完成LC，

3例行中转开腹(1 例因腹腔内组织与胆囊粘连紧密,腔镜下分离困难,2 例胆囊壶腹与肝外胆管之间的解剖层次关系显露不清,导致分离 Calot 三角困难而中转开腹行胆囊切除)。手术时间 38~178 min,平均 68 min。术后放置腹腔引流管 87 例,平均引流量 25 ml。住院时间 4~10 d,平均 6.5 d。全组术后未出现出血,胆总管损伤导致胆漏、胆总管夹闭等、肠漏、腹腔感染、肠梗阻等近期并发症。全组病例均治愈出院。随访 6~36 个月,超声检查未发现有胆管狭窄、梗阻等并发症。

3 讨 论

萎缩性胆囊炎病理特点是慢性炎症浸润、纤维组织增生,胆囊与周围组织粘连、囊壁增厚并瘢痕化,胆囊体积缩小、萎缩。目前对胆囊缩小到什么程度才算萎缩,尚无定论。国外学者 Guillou 等[1]认为胆囊萎缩应具备以下条件:胆囊体积明显缩小、长轴小于 4 cm;胆囊壁明显增厚、厚度大于 3 mm;超声检查提示胆囊腔内无或有很小的液性暗区。

萎缩性胆囊炎常见胆囊三角区疏松的片状粘连,但是部分病例粘连严重或"冰冻样"粘连[2],因此增加了手术难度,况且腹腔镜发展初期,腹腔镜胆囊切除中常导致胆道损伤,腹腔镜下萎缩性胆囊炎切除术难度更大,并发症更多,腹腔镜下萎缩性胆囊炎切除术被列为腹腔镜手术的相对禁忌证[3]。随着腹腔镜手术的开展,经验不断积累,技术和技巧不断提高,手术适应证不断放宽,慢性萎缩性胆囊炎已不再是腹腔镜手术禁忌证。适应症的放宽,腹腔镜手术术中遇到的复杂、高难度病例越来越多,因此掌握相应的手术经验及技巧十分重要。

慢性萎缩性胆囊炎长期反复炎症发作,导致胆囊与大网膜、胃、十二指肠、结肠等粘连,尽量使用钝性分离,避免使用电凝以预防胃肠道损伤。分离粘连的目的是充分显露胆囊,特别是 Calot 三角。有时胆囊与周围组织粘连广泛、间隙消失,创面较大,渗血会过多,可以使用小纱布压迫创面止血,如出血不严重可视情况待其自行停止[4]。

若十二指肠韧带、Calot 三角结构清晰,分离、辨认胆总管、肝总管,确认胆囊管位置,用细弯分离钳自胆囊颈部充分分离解剖三角前后侧,分离适当长度的胆囊管,再次确认肝总管、胆囊管、胆总管的关系。Calot 三角致密疤痕性粘连、结构不清晰导致分离困难,为防止胆管损伤[5],可采用逆行结合顺行法切除胆囊,胆囊底部从胆囊床分离后,术者一手持弯钳牵拉胆囊颈,一手持弯钳由胆囊颈向胆囊底钝性分离。如出现较大出血时,用纱布局部压迫,如压迫止血无效,用 5# 普里灵线缝扎或从出血点周边组织向出血点中心电凝。分离靠近 Calot 三角时,紧靠胆囊底部逐步、仔细分离胆囊动脉和胆囊管。同时还可以采取浆膜下分离法找到胆囊管和胆囊动脉,但要严格遵从仔细辨认后在分离再辨认[6],如 Calot 三角粘连严重,结构不清,分离 Calot 三角极度困难,避免胆囊管、胆总管、胆囊动脉等损伤,采取胆囊部分切除。切除大部分、游离的胆囊壁,吸尽胆汁,取净结石,确认无结石残留后,肝床上的胆囊粘膜予电凝固化,4 号丝线缝扎胆囊管口。刘峰等[7]研究发现胆囊大部切除易引起胆囊管残留综合征。但经术后随访本组患者,未见该并发症发生。本组病人术中均行冰冻切片检查,确定无胆囊癌。

慢性萎缩性胆囊炎因炎症反复发作,Calot 三角纤维组织增生瘢痕化,解剖结构层次不清晰,腹腔镜下分离困难,为防止腹腔镜手术给病人带来损伤危害,应及时中转开腹。姜旭东等国内学者认为中转开腹有以下指征[8]:①慢性炎症导致胆囊与胃肠道形成内漏者;②胆囊与周围组织、器官粘连极重,分离困难者;③Calot 三角解剖不清楚,不能辨别胆囊管与肝外胆管关系者;④术中出现较大的损伤,在腹腔镜下不能处理者;⑤肝硬化患者周围血管明显曲张,包括胆囊静脉增粗,手术操作时出血多者;⑥胆囊颈管结石嵌顿,在胆囊中部切开后,也无法去除颈管嵌顿结石,看不清楚胆囊管与肝外胆管之间的关系,对胆囊管无法处理者;⑦可疑胆囊有恶变者。本组 3 例因及时中转开腹手术,没有造成严重的并发症及损伤。

慢性萎缩性胆囊炎采用腹腔镜手术,操作难度大,并发症多,因此,要求术者必须具备娴熟的手术经验及技巧,根据具体病情、术中情况,果断选择手术方式,术毕仔细检查肝外胆管的连续性、完整性以及标本胆囊管的情况,以便早期发现胆道损伤[9]。总之,LC 治疗慢性萎缩性胆囊炎是安全、可行的。

参 考 文 献

[1] Guillou P J, Quirke P, Thorpe H, et al. Short-term endopoints of conventional versus lapareoscopic-assisted surgery.in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial [J]. Lancet, 2005, 365(9472): 1718-1726.

[2] Jacobs M, Verdeja J C, Goldstein H S, et al. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy) [J]. Surg Laparosc Endosc, 1991, 1(3): 144-150.

[3] Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparcoscopically assisted.and open colectomy for colon cancer[J]. N Engl J Med, 2004, 350(20): 2050-2059.

[4] 印 慨,郑成竹,柯重伟,等.腹腔镜胆囊切除术中的纱布压迫止血法[J].腹腔镜外科杂志,2003,8(4):247-248.

[5] 付由池,高自清,刘正才,等.LC 致 Mififi 综合症二例胆管损伤的教训[J].中华肝胆外科杂志,2007,13(9):616.

[6] 姜洪池,高 越.医源性胆道损伤的不可忽视性及其防治策略[J].中华肝胆外科杂志,2005,11(3):152-154.

[7] 刘 峰.腹腔镜胆囊大部切除术后并发胆囊管残留综合症的原因和防治[J].腹腔镜外科杂志,2007,12(2):159-160.

[8] 姜旭东,王国洪,周 波.等,萎缩性胆囊炎的腹腔镜切除技术探讨[J].现代临床医学,2010,36(4):289-290.

[9] 刘国礼.腹腔镜胆囊切除与胆管损伤[J].中国微创外科杂志,2004,4(6):451-452.

（责任编辑:关蕴良）