维普资讯 http://www.cqvip.com

(17) 213-215

腹腔镜胆囊切除术280例报告

R657.4+10.15
R619

第一医院普外科 刘启富 张才全 吴诚义 王济明 马绍华

提 要 施行了腹腔镜胆囊切除术280例，其中结石性慢性胆囊炎202例。本组就手术适应证、手术安全性、腹腔引流和中转手术等问题进行讨论。

关键词 腹腔镜胆囊切除术；适应症 胆囊炎，结石性，手术并发症
中图分类号 R657.4 R619

腹腔镜胆囊切除术（Laparoscopic cholecystectomy LC）是近年开展的外科新技术，由于手术创伤小，术后恢复快，短时间内得以广泛推广，目前LC大有取代传统的剖腹胆囊切除术之势。1993年4月至1994年4日，我院施行LC280例，报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男86例，女194例，年龄25～71岁，平均48.5岁。280例中结石性慢性胆囊炎202例，无症状胆囊结石8例，急性胆囊炎12例，亚急性胆囊炎32例，胆囊息肉样病变25例，胆囊腺肌病1例。伴随疾病有乙型肝炎2例，肝炎后肝硬化5例，糖尿病12例，肝囊肿1例。有上腹部手术史3例，下腹部手术史55例。体重超重58例。

1.2 术前准备 术前准备同剖腹胆囊切除术，全部病例均经B超检查，个别病人另用口服胆囊造影。术前置胃管，避免胃充盈影响手术显露。

反复说明术后视力的变化，让其有充分的思想准备。

关于两年以后的视力及屈光的变化，我们正在进一步观察。

参 考 文 献

1. 胡咏霞，等. 中华眼科杂志 1992;28(6):324
2. 黄菊天，等. 中华眼科杂志 1994;28(6):328
3. 褚仁远，等. 中华眼科杂志 1994;30(1):11
4. Waring GO, et al. Ophthalmology 1991;98:1164
5. McDonnell PJ, et al. Arch OPhthalmol 1988;106:212
6. Arrowsmith PN, et al. Arch Ophthalmol 1989;107:506

（收稿日期 1994－11－16）

DYNAMIC CHANGES OF VISION AND REFRACTION AFTER RADIAL KERATOTOMY

Zhao Min, et al
Dept. of Ophthalmolgy, The First Hospital

Visual acuity and refraction of radial keratotomy in 207 eyes were consecutivly studied for two years. The overwhelming morjority cases showed hyperopia in early postoperative period, and only 19.8% of eyes had normal vision in three days after surgery. By the time past, the proportion of nomal vision cases increased, while hyperopia cases drcreased. In mild and moderate myopia, the effects of RK trented to stability 1－3 months postoperatively, and the eyes with visual acuity of 5.0 or better accounted for 89.5% and 92.4% respectively at two years. In high myopia and vety high myopia visual acuity were better in early stage than that in later stage. 49.3% of eyes (high myopia) and 19.0% of eyes (very high myopia) achieved visual acuity of 5.0 or better two years after surgery. daily visual fluctuation and individual differences were studied as well.

KEY WORDS Radial keratotomy; Myopia; Consecutivly study

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.3 手术及处理 经气管插管静脉复合麻醉。术中见上腹部粘连 18 例，胆囊三角区轻度粘连 66 例，重度粘连 32 例，无粘连 124 例。胆囊积水 11 例(其中 4 例胆囊积脓)，胆囊萎缩 14 例，结石嵌顿 32 例，205 例胆囊壁增厚，单发结石 98 例，多发结石 155 例。98% 的病例采用顺行法切除胆囊，个别病例用逆行法切除。手术历史最短 26 分钟，最长 170 分钟，160 例 60 分钟内完成手术。136 例未置腹腔引流管。16 例中转开腹胆囊切除术，中转率 5.7%。中转原因见下表 1。

表 1 中转开腹手术原因

原 因	例数
胆囊动脉出血	3
Calot 三角严重粘连	5
总胆管横断	1
胆总管囊肿	1
胆囊管缺如	1
胆囊管与肝总管并行一段后汇入胆总管	1
急性胆囊炎	3
结核性腹膜炎后腹腔粘连	1

1.4 手术并发症及处理 手术并发症 19 例 (6.4%)，其中伤口感染 8 例，腹腔感染 1 例，皮下气肿 5 例，肺不张和肺炎 1 例，右肝管损伤 2 例，总胆管横断 1 例，钛夹夹闭总胆管 1 例。上述并发症中，手术损伤性并发症 4 例(1.4%)。2 例右肝管损伤术后出现胆漏、胆汁性腹膜炎，都再次手术修补右肝管并总胆管 T 管引流，1 例治愈出院，另 1 例死于 ARDS。总胆管横断损伤术中发现，及时中转手术，对端吻合总胆管，T 形管支撑 3 个月后拔管，随访半年无总胆管狭窄。钛夹夹闭总胆管系术中牵拉胆囊过度，使总胆管弯曲成角而被误夹，术后第二天出现黄疸、发热，再次手术，取除钛夹，总胆管 T 管引流，治愈出院。

2 讨论

2.1 手术适应症 自 1987 年 Mouret 完成第一例 LC 以来，由于该手术创伤小、病人恢复快等优点，短短几年内就在世界各国广泛推广。国内 1991 年起开展这项手术，起步稍晚，但发展迅速，而且手术适应证也逐渐扩大。目前多数人认可的手术适应证包括无症状胆囊结石、结石性慢性胆囊炎和胆囊息肉样病变。随着腹腔镜技术的不断深入、提高，有作者也把急性或亚急性胆囊炎列为手术适应证[1,2,3]。张诗成等报告 LC1200 例，急性和亚急性胆囊炎占 9.7%。本文病例中，多数为结石性慢性胆囊炎，此外还有不少亚急性胆囊炎患者(占 11.4%)。这部分病人因急性胆囊炎经不正规治疗时，症状未得到控制，入院时腹部仍有腹膜刺激症。入院经非手术治疗 1～2 周后施行 LC，术中发现胆囊有不同程度的水肿、粘连，分离胆囊床层次欠清、困难，但大多数患者的 Calot 三角能清楚显露，仍可顺利完成手术。不过应该注意，这类亚急性胆囊炎术后感染性并发症较多，本组的感染性并发症几乎都发生在这类病人。故手术期使用抗生素是必需的。对于急性胆囊炎，适应证应是有选择性的。本组 12 例急性胆囊炎(占 4.3%)，其中 8 例是发作 12 小时内手术，4 例 24 小时内手术，炎症程度不太重。作者认为急性胆囊炎只能作为相对适应证，至少目前应如此。

2.2 手术的安全性问题 LC 是否安全这是医患都关心的问题。毛静熙等将 LC 与开腹胆囊切除术 (OC) 对比分析[4]，LC 除创伤小，术后恢复快等优点外，其并发症也比 OC 少。Deziel 收集美国 77604 例 LC[5]，胆道损伤占 0.59%，血管损伤占 0.25%，肠道损伤占 0.16%，总的损伤性并发症 1%，手术死亡率仅 0.04%，无论是并发症或死亡率都不高，看来 LC 应该是安全的。但也有并发症、死亡率较高的报告。Wolfe 报告 LC381 例[6]，与技术有关的并发症(胆漏、肠穿孔、出血等)占 2.4%，2 例因肠损伤死亡。死亡率和并发症都不低。多数资料表明，LC 的并发症略多于 OC。如何预防和减少并发症的发生，因素是多方面的，但关键在于术中能否顺利地

维普资讯 http://www.cqvip.com

完成 Calot 三角区的解剖，分清胆总管、肝总管及胆囊管的关系。作者的作法是先从胆囊颈的外侧开始解剖，从外到内，争取认清胆囊颈变细部分，这样解剖 Calot 三角就较安全，"三管"的关系也能分清楚。为预防损伤，其次是切忌盲目电凝止血，特别是肝门处更应小心、谨慎。本组 2 例右肝管损伤均为电凝钩止血时灼伤。本组损伤性并发症几乎发生在术者的前 20 例内，后期的并发症明显减少，显然与术者的熟练程度、经验都有一定关系。

2.3 关于中转手术问题 腹腔镜胆囊切除术是技术性很强的手术，术者除要有扎实的胆道外科基础外，还必须进行专门的培训，熟练地掌握腹腔镜操作技术。尽管如此，也常常会遇到这样或那样的困难。当确实不能用腹腔镜来完成手术时，应果断地中转开腹手术。中转手术不是腹腔镜手术的失败，而是手术者明智的选择。有人为了用腹腔镜行 LC 长达 4～5 小时或更长时间，显然是不合适的。从中转手术原因分析，术中无法控制的大出血，Calot 三角重度粘连，解剖变异，手术损伤等都是中转手术的主要因素。

2.4 关于腹腔引流问题 胆囊切除术是否放置腹腔引流，一直存在着争议。对择期手术者，只要手术顺利，术中污染不重，原则上可不置腹腔引流。这种观点已被多数外科医师所接受。众多的临床实践也证明不放腹腔引流是可行的[7]。LC 是否置腹腔引流，要根据具体情况而定。作者置腹腔引流的指征较剖腹手术松一些。因为腹腔镜胆囊切除术中胆囊床的止血是电凝止血，术后渗出较多，本组部分病人术后一周随访 B 超，胆囊床都有不同程度的积液。此外置腹腔引流对损伤性并发症（如发生胆漏）的观察有利。本组 2 例右肝管损伤，1 例置有腹腔引流，1 例未置腹腔引流。前者因有胆汁从引流管流出故及时再次手术。后者因无引流管，给诊断带来一定困难。本组半数以上病例（52.9%）置有腹腔引流管。一般术后 24 小时拔除，对伤口愈合影响不大。

参 考 文 献

1 Cox MR, etal, Ann surg, 199:218:630
2 张诗成，等. 腹部外科 1993;6:147
3 朱炳光，等. 腹部外科 1993;6:160
4 毛静熙，等. 中国实用外科杂志 1993;13:673
5 Deziel DJ, etal Am J Surg, 1993;165:9
6 Wolfe BM, etal, Arch Surg, 1991;126:1192
7 刘启富，等. 重庆医科大学学报 1989;14(3):226

（收稿日期 1995－01－09）

LAPROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY—— ANALESIS OF 280 CASES

Liu Chifu, et al

The First hospital

280 cases of laparoscopic cholecystectomices were reposted 202 cases were chronic cholecysitis with cholecystolitheasis, 8 cases were silent stores.

The indications of laproscopic cholecystectomy; operative securitias; use of intrapezitioneal drainage and indications of transferring to open surgery were discussed.

KEY WORDS laparoscopic cholecystectomy; Indications