

[2] 王炳煌. 腹腔镜胆囊切除胆管损伤. 中华肝胆外科杂志, 2005, 11(3):155-157.

[3] 范德庆, 何振平, 徐来喜, 等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的术

中诊断和治疗经验. 消化外科, 2004, 3(3):184, 199.

(收稿日期: 2008-04-21)

(本文编辑: 陈敏)

LC 术中三管一壶辨认不清的处理方法

杨爱国 聂凯 邹耀祥

目前国内 LC 胆管损伤发生率在 0.3% 左右, 除术者操作不当、经验不足外, 还与“三管一壶”(胆囊管、肝总管、胆总管、胆囊壶腹)镜下辨认不清、强行操作有关^[1-2]。现将我科 1995 年 1 月至 2006 年 5 月 182 例“三管一壶”镜下辨认不清的处理经验报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 182 例, 男 77 例, 女 105 例; 中位年龄 62 岁(25 ~ 81 岁)。结石性胆囊炎 120 例, 慢性胆囊炎 27 例, 胆囊炎性息肉 35 例。

1.2 手术方法

采用德国 Storz 公司组装腹腔镜系统进行手术。根据镜下“三管一壶”是否能辨清, 胆囊三角粘连是否致密, 脂肪是否堆积, 胆囊的大小、张力, 壁的厚薄及与周围的关系等因素采用顺行、逆行或中转开腹胆囊切除。(1)通常先处理胆囊管、胆囊动脉, 然后将胆囊从胆囊床游离, 即镜下顺行胆囊切除。这适用于慢性胆囊炎、胆囊息肉、胆囊壁厚 ≤ 5 mm, 胆囊三角局部解剖清楚者。(2)胆囊三角炎症水肿, 粘连致密, 甚至“冰冻样”粘连, 不能游离出胆囊管和胆囊动脉, 可尝试先从胆囊底将胆囊从胆囊床游离。再游离出胆囊动脉并钳夹切断, 然后分离胆囊管表面致密粘连, 游离胆囊管, 切除胆囊, 笔者称之为镜下逆行胆囊切除。这适用于胆囊三角解剖不清, 胆囊壁厚 > 5 mm, 胆囊壁难以被钳夹者。(3)镜下顺行、逆行胆囊切除困难者应中转开腹。适用于胆囊三角“冰冻样”粘连, “三管一壶”不能辨清, 不能游离出胆囊管、胆囊动脉, 胆囊壶腹与肝总管粘连致密不能分开者。

2 结果

182 例中, 胆囊三角肝十二指肠韧带脂肪堆积 20 例, 胆囊三角肝十二指肠韧带表面致密粘连 32 例, “冰冻样”粘连 130 例。顺行胆囊切除 52 例, 逆行胆囊切除 125 例, 中转开腹 5 例。术后无一例腹腔内出血、胆管损伤、胆漏。术后全部获得随访, 经电话、书信或者门诊随访 3 ~ 6 个月。查体无

黄疸, 复查 B 超胆管无扩张, 无结石。

3 讨论

3.1 术中不盲目追求“三管一壶”的全部显露

LC 中, 能辨清“三管一壶”, 无疑能避免胆管损伤。在不能辨清的情况下, 笔者认为只要显露胆囊壶腹、胆囊管就能顺利完成 LC。具体做法是提起胆囊, 沿胆囊管走向的表面向肝十二指肠韧带垂直方向分离堆积在胆囊管表面的脂肪和粘连, 显露胆囊壶腹、胆囊管, 就能顺行处理胆囊管、胆囊动脉和游离胆囊, 不必常规显露胆总管和肝总管。本组有 52 例仅显露胆囊壶腹、胆囊管就顺利切除胆囊。

3.2 重视镜下逆行胆囊切除的应用

在胆囊三角炎症水肿明显, 粘连致密, 甚至“冰冻样”粘连, 胆囊壶腹与肝总管粘连不能分开, 不能游离出胆囊管和胆囊动脉时, 可尝试逆行胆囊切除。本组有 125 例因胆囊三角粘连致密, 不能游离出胆囊管和胆囊动脉, 采用逆行胆囊切除获得成功。该法具有提高 LC 成功率, 减少胆管损伤的作用。

3.3 适时中转开腹

LC 中, 当顺行或逆行胆囊切除困难者均应中转开腹。本组有 5 例因胆囊壶腹与肝总管粘连致密不能分开而中转开腹。笔者认为, 适时果断中转开腹采用小切口胆囊切除, 这不是 LC 失败, 而是 LC 的补充和避免术中胆管损伤的有效措施。

总之, LC 中, 不盲目追求术中“三管一壶”的全部显露, 重视镜下逆行胆囊切除的应用和适时中转开腹是提高“三管一壶”辨认不清时 LC 成功率和避免胆管损伤的有效措施。

参考文献

[1] 姚英民, 王小娟, 耿智敏, 等. 腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的预防. 中国微创外科杂志, 2004, 4(6):462-463.

[2] 李立波, 蔡小燕, 蔡秀军, 等. 腹腔镜胆囊切除术并发胆管损伤 26 例临床分析. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(2):87-88.

(收稿日期: 2007-05-17)

(本文编辑: 张玉琳)

作者单位: 363000 福建省漳州市解放军第一七五医院普外科