

腹腔镜胆囊大部分切除术在慢性萎缩性胆囊炎手术中的应用

陈 平 吴见春 林飞艇 刘 畅 陈卓果

(湖南省长沙县第一人民医院 湖南 长沙 410142)

摘要 目的:探讨腹腔镜胆囊大部分切除在慢性萎缩性胆囊炎中应用的可行性及安全性。方法:2007年3月~2011年3月,对26例慢性萎缩性胆囊炎行腹腔镜胆囊大部分切除术。结果:24例患者成功实施腹腔镜胆囊大部分切除术,2例中转开腹,无死亡患者,手术时间为30~170 min,平均103 min,术中出血5~70 mL,平均45 mL。平均住院时间3~11天,平均6.46天。随访3月~36月,未见与手术有关的并发症。术后胆漏1例,经保守治疗治愈。结论:在慢性萎缩性胆囊炎手术中,腹腔镜胆囊大部分切除术可简化手术,降低手术风险,可以获得腹腔镜胆囊切除术相似的疗效。

关键词 腹腔镜;胆囊大部分切除术;慢性萎缩性胆囊炎

中图分类号 R657.41 文献标识码 A 文章编号 1673-6273(2012)15-2914-03

The Application of Laparoscopic Partial Cholecystectomy in Chronic Atrophic Cholecystitis

CHEN Ping, WU Jian-chun, LIN Fei-ting, LIU Chang, CHEN Zhuo-guo

(Changsha County First People's Hospital, Changsha 410142, Hunan, China)

ABSTRACT **Objective:** To study the possibility and safety of laparoscopic partial cholecystectomy in chronic atrophic cholecystitis. **Methods:** From March 2007 to March 2011, we treated 26 patients with chronic atrophic cholecystitis by laparoscopic partial cholecystectomy. **Results:** 24 cases of the successful completion of surgery, two cases of transit laparotomy, no deaths. Operative time was 30~170 min, an average of 103 min. Bleeding 5~70 mL, an average of 45 mL. 3~11 days after discharged an average of 6.46 days. Follow-up 3 months to 36 months, asymptomatic recurrence, results were satisfactory. Bile leakage after operation was found in 1 cases and recovered after conservative management. **Conclusions:** Laparoscopic partial cholecystectomy may simplify the operation and reduce the risk of chronic atrophic cholecystitis, and can obtain similar efficacy of laparoscopic cholecystectomy.

Key words: Laparoscopy; Laparoscopic partial cholecystectomy; Chronic atrophic cholecystitis

Chinese Library Classification: R657.41 **Document code:** A

Article ID: 1673-6273(2012)15-2914-03

慢性萎缩性胆囊炎是指胆囊由于长期或间歇受到机械刺激、排空受阻、感染、代谢紊乱等多种因素的刺激而遭受严重损害,胆囊增厚、纤维瘢痕组织增生、萎缩或钙化、黏膜脱落,胆囊与周围脏器发生致密粘连而给临床手术治疗带来困难。尤其在施行腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy, LC)时,容易引起胆道损伤和大出血等并发症。腹腔镜胆囊大部分切除术(Laparoscopic partial-cholecystectomy, LPC)因为旷置胆囊三角和残留部分胆囊壁,不会引起肝脏大出血或胆道损伤等严重并发症,既达到了一次性解除病灶的目的,同时又符合微创手术的要求。作者在2007年3月~2011年3月对26例慢性萎缩性胆囊炎患者实施LPC,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007年3月至2011年3月收治的慢性萎缩性胆囊炎患者26例,其中:男15例,女11例;年龄23~86岁(59.3 ± 15.6 岁),病史6个月至31年。26例患者术前BUS诊断为萎缩性胆囊炎,患者胆囊内均有结石,所有病例均无黄疸史。22例患者

胆总管正常(直径 <0.8 cm),4例病例有胆总管轻微代偿性增粗(直径 $0.9\sim 1.1$ cm),经过B超检查排除胆总管结石。入院后给予抗炎、解痉及纠正电解质紊乱,合并糖尿病及高血压等内科疾病则予以对症治疗。急诊手术10例,择期手术16例。

1.2 方法

本组所有患者均采用全麻气管插管,二氧化碳形成气腹,压力为14 mmHg,手术方法采用四戳孔法,于脐下作第一孔造气腹后插入10 mm套管,另于剑突下、右锁骨中线肋缘下、腋前线脐平面上2 cm处分别穿入10 mm和5 mm套管。本组26例患者均于术中证实为慢性萎缩性胆囊炎,12例患者因胆囊与胆囊床粘连致密,无明显间隙,用电凝钩在距肝实质0.5 cm处切开胆囊壁,取出胆囊内胆石放于标本袋中,将远端胆囊大部分切除,保留胆囊床附着部的胆囊壁,残留在胆囊床的胆囊壁黏膜用电凝烧灼破坏。这12例患者胆囊三角结构较清晰,胆囊管无明显炎症水肿,清楚分离显示胆囊管,距胆总管约5 mm上钛夹并切断胆囊管。另14例患者因胆囊三角区呈“冰冻状”粘连,或胆囊颈结石堵塞,胆囊管-肝总管-胆总管三管关系难以辨认,无法分清管道结构,对于这部分患者,在胆囊颈管结合处横断,取尽胆囊管残留结石,若胆囊内为白色胆汁,表明胆囊管由于炎症水肿已完全闭塞,胆囊管无需特殊处理,只需将胆囊管黏膜用电凝烧灼破坏,为避免电传导损伤胆总管或肝总管,

作者简介:陈平(1970-),女,大专,主治医师,主要研究方向:普通外科临床研究。电话:13974936840, E-mail:xytdxh@126.com
(收稿日期:2011-10-07 接受日期:2011-11-02)

可采用 5%碘酊烧灼胆囊管黏膜;若无法肯定胆囊管是否已闭塞,可将明胶海绵填塞入残余胆囊管并喷洒生物蛋白胶于胆囊管惨端封闭胆囊管。对于部分胆囊管持续流出胆汁的患者,表明胆囊管未闭塞,而此时胆囊管由于炎症水肿,术后炎症水肿消退后钛夹常容易滑脱导致胆漏,应提起"喇叭口"状的胆囊颈,3-0 可吸收线 8 字缝扎闭合胆囊管,缝合时要正确掌握进针深度及方向,以防止缝扎胆总管或肝总管。生理盐水冲洗术野,观察无胆汁渗漏。均放置温氏孔腹腔引流,时间 1~4 d。所有病人均用生物蛋白胶喷洒手术野。

2 结果

24 例患者成功实施腹腔镜胆囊大部分切除术,2 例中转开腹,中转开腹率 7.7%,其中 1 例患者因胆囊周围致密粘连,胆囊无法与胃窦及横结肠分离中转开腹,另一例患者因合并 Mirizzi 综合征,型转行开腹胆囊切除。本组平均手术时间 30~170 min(103.4±35.5 min),术中出血 5~70 mL(45.7±18.9 mL)。平均住院时间 3~11 天(6.46±3.5 天),平均休息 1~2 周,无患者死亡。所以患者随访(3~36)个月,1 例术后出现胆漏,经保守治疗于术后第三天自止,于术后第 7 天出院。结果见表 1。

表 1 腹腔镜胆囊大部分切除术临床结果分析

Table 1 The clinical outcomes analysis of laparoscopic partial cholecystectomy

观察指标(Observation item)	结果(Results)
中转开腹(Transit laparotomy)	7.7%(2/26)
手术时间(The operative time)	30~170min (103.4± 35.5min)
术中出血(Intraoperative bleeding)	5~70ml (45.7± 18.9ml)
住院时间(Postoperative length of stay)	3~11 days(6.46± 3.5 days)
术后休息时间(Postoperative rest time)	1~2weeks
死亡(Death)	0
胆漏(Bile leakage)	4.2%(1/24)

3 讨论

慢性萎缩性胆囊炎为慢性胆囊炎的一种特殊类型,是胆囊壁的慢性炎性细胞浸润直至胆囊的组织结构破坏、纤维疤痕增生、萎缩的一种慢性胆囊疾病,胆囊纤维化萎缩的结果。这些胆囊大体肉眼观察明显缩小,慢性萎缩性胆囊炎是胆囊长期慢性炎症以上,有的如末节拇指大小,呈褐色或灰白色。

腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊结石和胆囊炎的金标准,因创伤小、恢复快、痛苦小而受到患者和医生的青睐,但是腹腔镜胆囊切除术在治疗慢性萎缩性胆囊炎仍存在争议。慢性萎缩性胆囊炎时,胆囊壁呈弥漫性增厚,层次不清,胆囊充血水肿,胆囊与周围组织粘连,甚至形成内瘘,胆囊三角多已失去正常解剖,肝十二指肠韧带难以辨认,术中无法夹持牵拉胆囊以显露三角区及胆囊管-肝总管-胆总管三管关系,锐性或电钩解剖存在极大危险,即使逆行切除也易导致肝外胆管损伤;另外萎缩胆囊深陷入肝内,胆囊与肝脏致密粘连,钝性分离解剖困难,术中易损伤肝中静脉及其属支,导致肝脏大出血,手术难度大,因此被列为腹腔镜胆囊切除术的禁忌证或相对禁忌证。

但随着腹腔镜手术病例数的积累,以及腹腔镜手术器械的完善,慢性萎缩性胆囊炎已逐步成为腹腔镜胆囊切除的适应症^[1-3]。笔者尝试用 LC 治疗慢性萎缩性胆囊炎并积累了一定的经验。在以往采用 LC 治疗慢性萎缩性胆囊炎的病例中,笔者采取的策略是完整清楚解剖胆囊三角,于胆囊床上完整切除胆囊,结果手术时间明显长,术中转开腹率高,医源性胆道损伤发生率较高。为此笔者从 2007 年 3 月开始,在处理慢性萎缩性胆囊炎时,当解剖极度困难情况时改行萎缩胆囊切开取石、胆囊前壁大部分切除术,保留靠近肝脏的胆囊后壁,残余部分囊壁

粘膜电灼烧灼破坏,LPC 重点和难点为胆囊管的处理,应从胆囊腔内寻找胆囊管开口的位置,胆囊管的处理应视具体情况而定,若胆囊内为白色胆汁,表明胆囊管由于炎症水肿已完全闭塞,胆囊管无需特殊处理,只需将胆囊管黏膜用电凝烧灼破坏,为避免电传导损伤胆总管或肝总管,可采用 5%碘酊烧灼胆囊管黏膜;若无法肯定胆囊管是否已闭塞,可将明胶海绵填塞入残余胆囊管并喷洒生物蛋白胶于胆囊管惨端封闭胆囊管。对于部分胆囊管持续流出胆汁的患者,表明胆囊管未闭塞,而此时胆囊管由于炎症水肿,术后炎症水肿消退后钛夹常容易滑脱导致胆漏,应提起"喇叭口"状的胆囊颈,3-0 可吸收线 8 字缝扎闭合胆囊管,缝合时要正确掌握进针深度及方向,以防止缝扎胆总管或肝总管。处理完毕后用生物蛋白胶喷洒手术野减少胆漏的发生。

慢性萎缩性胆囊炎行 LPC 后并发症主要为胆漏。胆漏发生的原因常见的有:(1)由于炎症水肿,胆囊管残端组织增厚,脆性增加,组织易碎,胆囊管残端处理不满意,未能完全闭合胆囊管^[4]。(2)迷走胆管损伤,或术中未发现明显胆漏,术后焦痂脱落而发生迷走胆管胆漏^[7-11]。(3)分离胆囊床和胆囊三角时电灼伤胆管导致胆漏。(4)残留的胆囊粘膜未灭活,仍有分泌功能。胆漏常发生于手术后 1 周,患者常出现不明原因腹痛腹胀,发热和其他胆汁性腹膜炎的体征,腹腔穿刺抽出胆汁性腹水。

胆漏的预防主要是妥善处理胆囊管残端,尽可能完全闭合胆囊管及胆囊颈,充分灭活残留的胆囊床粘膜,破坏其分泌功能,副肝管和迷走胆管细小,LPC 术中辨认困难,在分离胆囊床和胆囊三角区时,应将所遇纤维索组织钳夹后再切断,注意避免热传导损伤胆管^[12-15]。此外,要严格掌握 LPC 适应证,及时中

转开腹,是避免胆漏等并发症发生的关键^[16-17]。对于 LPC 术后发生的胆漏,保持通畅的引流非常重要,本组 1 例术后出现胆漏,腹腔引流管胆汁样渗液第一天引流量为 100-250 mL,3 天后自止,未经特殊治疗,可能为急性炎症渗出以及胆囊管缝合不严密所致,我们常规放置引流管于网膜孔,位置一定放置妥当。

结果显示,腹腔镜胆囊部分切除术治疗慢性萎缩性胆囊炎是安全可行。如果术中发现胆管变异畸形,胆囊动脉异常出血以及萎缩性胆囊炎合并 Mirizzi 综合征,腹腔镜下处理非常困难,为了手术的安全,应及时中转开腹切除。同传统剖腹胆囊部分切除一样,腹腔镜胆囊大部分切除术仅用于标准胆囊切除施行困难或不能耐受的慢性萎缩性胆囊炎,尤其适用于基层医院,但严格掌握手术指征,不能作为常规应用^[18-20]。

参 考 文 献(References)

- [1] Scott TR, Zucker KA, Bailey RW. Laparoscopic cholecystectomy: a review of 12, 397 patients [J]. Surg Laparosc Endosc, 1992, 2(3): 191-198
- [2] Hussain A. Difficult laparoscopic cholecystectomy: current evidence and strategies of management [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2011 Aug, 21(4): 211-217
- [3] Singhal T, Balakrishnan S, Hussain A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: initial experience with laparoscopic management of difficult cholecystitis [J]. Surgeon, 2009, 7(5): 263-268
- [4] Ji w, Li LT, Chen XR, et al. Application of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension [J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2004, 3(2): 270-274
- [5] Nakajima J, Sasaki A, Obuchi T, et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis [J]. Surg Today, 2009, 39(10): 870-875
- [6] Zhong Hong, Chen Xizhi, Wang Changchun. Application of laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecyst diseases [J]. China Medicine, 2006-06
- [7] Luo JQ, Liang ZX, He J. Reason of Severe Complications of Laparoscope Cholecystectomy [J]. China J of Endoscopy, 2002, 8(1): 80-81
- [8] Singh K, Matta H, Nain PS, et al. Modification of laparoscopic subtotal cholecystectomy [J]. Surg Endosc, 2011 Aug, 25(8): 2760
- [9] Perissat J. Laparoscopic cholecystectomy: the European experience [J]. Am J Surg, 1993, 165(4): 444-449
- [10] Semenisa G, Rosenberg J, Gøgenur I. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for complicated gallstone conditions [J]. Ugeskr Laeger, 2010, 172(32): 2168-2172
- [11] Parmeggiani D, Cimmino G, Cerbone D. Biliary tract injuries during laparoscopic cholecystectomy: three case reports and literature review [J]. G Chir, 2010, 31(1-2): 16-19
- [12] Beldi G, Giattli A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis [J]. Surg Endosc, 2003, 17(9): 11437-1439
- [13] Tian Y, Wu SD, Su Y, et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in northern China [J]. Surg Today, 2009, 39(6): 510-513
- [14] Manson J. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy [J]. Br J Surg, 2006, 93(5): 1640
- [15] Di Carlo I, Pulvirenti E, Toro A, et al. Modified subtotal cholecystectomy: results of a laparotomy procedure during the laparoscopic era. World J Surg, 2009 Mar, 33(3): 520-525
- [16] Ji w, Li LT, Li JS. Role of laparoscopic subtotal cholecystectomy in the treatment of complicated cholecystitis [J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2006, 5(4): 1584-589
- [17] Philips JA, Lawes DA, Cook AJ. The use of laparoscopic subtotal cholecystectomy for complicated cholelithiasis [J]. Surg Endosc, 2008 Jul, 22(7): 1697-700
- [18] Philips JA, Lawes DA, Cook AJ, et al. The use of laparoscopic subtotal cholecystectomy for complicated cholelithiasis [J]. Surg Endosc, 2008, 22(7): 1697-1700
- [19] Tian Y, Wu SD, Su Y, et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in northern China [J]. Surg Today, 2009, 39(6): 510-513
- [20] Rosenberg J, Bisgaard T. The difficult gallbladder: technical tips for laparoscopic cholecystectomy [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2000, 10(4): 249-252

(上接第 2951 页)

- [17] Kermani TA, Crowson CS, Achenbach SJ, et al. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: a retrospective review of clinical presentation, treatment, and outcomes [J]. Mayo Clin Proc, 2011, 86(4): 297-303
- [18] Wang Jian, Cui Li-lan, Zhu Shan-zhu. Retroperitoneal Fibrosis: a Retrospective Analysis of 256 Cases [J]. Clinical Medical Journal of China, 2007, 14(5): 738-741
- [19] Pelkmans LG, Aarnoudse AJ, Hendriksz TR, et al. Value of acute-phase reactants in monitoring disease activity and treatment response in idiopathic retroperitoneal fibrosis [J]. Nephrol Dial Transplant, 2012 Jan 23 [Epub ahead of print]
- [20] Altan M, Usmani A, Angelo S, et al. A case of idiopathic retroperitoneal fibrosis [J]. Conn Med, 2011, 75(10): 607-612
- [21] Raina R, Simon JF, Marion CR, et al. Unusual cases of hydronephrosis with retroperitoneal fibrosis: mystery revealed [J]. NDT Plus, 2011, 4(5): 313-317
- [22] Qin Qian, Li Hong, Wang Li-bin. Retroperitoneal fibrosis: report of 5 cases and 424 cases reviews of the literature of our country in recent 12 years [J]. China Clin Prac Med, 2007, 1(9): 27-29