

腹腔镜联合胆道镜胆总管探查取石术临床分析

陈文新

(耒阳市中医院,湖南 衡阳 421800)

摘要: **目的** 总结初期开展腹腔镜胆总管探查(LCBDE)的临床经验。 **方法** 回顾性分析本院 70 例胆管结石患者行 LCBDE 的临床资料。 **结果** 70 例均顺利完成手术,1 例(1.42%)术后发生胆漏。4 例(5.71%)术后经“T”管胆道造影发现残留结石,经“T”管窦道行二期胆道镜取石成功。 **结论** LCBDE 应严格掌握手术适应症。选择合适的病例,基层医院开展 LCBDE 治疗胆管结石安全、有效、可行。

关键词: 腹腔镜; 胆道镜; 胆总管切开取石术

中图分类号:R657.42

文献标识码:A

文章编号:2095-1116(2011)06-0698-02

胆囊结石在中国成人中发病率为 7% ~ 10%^[1],临床上 15% ~ 18% 的胆囊结石患者常合并胆总管结石^[2],以往处理此类疾病多行开腹胆囊切除、胆总管切开取石“T”管引流术,患者创伤大、住院时间长。随着微创外科的发展及腹腔镜、纤维胆道镜的普及,微创治疗胆总管结石技术更成熟,因具有患者创伤小、康复快等优点,深受广大外科医生和患者的亲睐。本院在开展腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)及纤维胆道镜取石术的基础上,于 2005 年 6 月 ~ 2010 年 10 月开展腹腔镜胆总管探查(laparoscopic common bile duct exploration, LCBDE)治疗肝内外胆管结石患者 70 例,疗效满意,结石取净率高,符合微创手术治疗的原则,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 70 例患者近期均处于腹痛缓解期,其中男 32 例,女 38 例,年龄 29 ~ 62 岁,平均 41 岁。病程 6 个月 ~ 15 年,主要症状为腹痛、发热、黄疸等;既往均无上腹部手术史;术前均经 B 超、CT 或磁共振胰胆管成像(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)提示胆总管有不同程度扩张,胆总管直径 11 ~ 17 mm,平均 13.6 mm,胆囊结石合并胆总管结石 42 例,胆囊炎合并肝内外胆管结石 28 例,结石

直径 8 ~ 15 mm。

1.2 手术方法

全麻,常规建立气腹,四孔法,在腹腔镜下切开肝胆囊三角,游离胆囊管及动脉,胆囊动脉用钛夹夹闭后电凝切断,胆囊管上钛夹,暂不离断,以作牵引;暴露胆总管并穿刺确认后,于胆总管前壁无血管区用电凝钩纵行切开,长度 10 ~ 20 mm,用分离钳挤压胆总管取出部分结石,可将取石钳经剑突下 Trocar 伸入胆总管内取出明显的大块结石;然后将纤维胆道镜伸入胆总管内,探查胆总管及肝内胆管,用取石篮取出较小结石;细小或泥沙样结石则插入导尿管,反复加压冲洗吸出;证实胆道通畅后,将修剪过的“T”管从剑突下操作孔引入腹腔,置入胆总管内,胆总管切口上下间断缝合 2 ~ 3 针。然后行腹腔镜胆囊切除术,将结石及胆囊放入标本袋内取出。“T”管经右肋缘下锁骨中线穿刺孔引出体外。冲洗肝下间隙干净,检查无出血及漏胆汁,于文氏孔处放置一引流管,经右肋缘下腋前线穿刺孔引出体外,检查无出血和漏胆汁后放气,退出手术器械,缝线固定“T”管和引流管于腹壁。其余切口予丝线缝闭。

2 结果

70 例腹腔镜手术均获成功,全部患者放置“T”引流管。手术时间 70 ~ 180 min,平均 102 min;视腹腔引流情况,于术后 5 ~ 10 天拔除腹腔引流管;术后

住院6~12天,平均7天;1例术后腹腔引流管引出少量黄色胆汁,予以禁食、营养支持等治疗,5天后痊愈;本组66例患者术后8周行经“T”管胆道造影和纤维胆道镜检查确认无异常后拔除“T”管,4例术后残留结石经“T”管窦道行二期胆道镜取石成功。70例患者术后随访6~24个月,未见胆道狭窄、残留结石等术后并发症发生。

3 讨 论

近年随着腹腔镜、胆道镜及十二指肠镜技术的日益成熟,许多原本需要开腹处理的肝内外胆管结石可用微创手术治疗^[3]。本院在为数百例患者行腹腔镜胆囊切除及纤维胆道镜取石术后有了一定的临床经验后,开展了LCBDE,取得了较好疗效。但此术式毕竟是较复杂的腹腔镜手术,尤其在基层医院施行时应注意手术适应证的选择及术中的处理,以避免并发症的发生。

3.1 腹腔镜胆总管探查适应症

(1)术前B超、CT或MRCP检查确诊为胆囊结石合并肝内外胆管结石;(2)LC术中经胆囊管插管胆总管造影发现胆总管结石;(3)胆囊切除或胆道探查术后复发的胆总管结石;(4)急性梗阻性化脓性胆管炎,发病时间<72h;(5)能耐受全麻及手术,无手术绝对禁忌证^[4]。腹腔镜胆总管切开取石术操作复杂,手术时间较长,严格掌握手术适应证非常重要。尤其是基层医院开展此手术的初期,一定要选择身体素质较好,无其它脏器合并症,既往无手术史及急性化脓性梗阻性胆管炎,相对简单的单发或少发的左、右肝管以下的胆管结石病例。

3.2 适时中转开腹

适时中转开腹是术者明智的选择,任何不顾患者的局部情况,企图依靠腹腔镜完成手术都是危险的^[5]。术中发现胆囊或胆总管与十二指肠等周围组织紧密粘连,解剖不清,无法判断胆囊管及胆总管关系,出现难以控制的出血,胆囊明显萎缩或可疑癌变时,应果断中转开腹。因此,中转开腹并不表示手术失败,而是医师责任的体现,及时、主动中转开腹是避免并发症发生的重要措施。

3.3 “T”管的放置

正确放置“T”管是预防LCBDE术后并发症发生的重要环节。尽管腹腔镜胆总管探查、取石、胆管一期缝合术后胆道压力无显著升高,并能取得良好疗效^[6],但仍有胆漏和胆管狭窄的风险。临床实践中采用胆总管切开探查后放置胆道支架一期缝合的

方法可防止胆漏和胆管狭窄,但费用较高。笔者主张开展腹腔镜胆总管切开取石术初期,应常规放置“T”管。由于胆道取石刺激胆管壁水肿,引起胆道压力升高,“T”管引流可减低胆道压力,水肿逐渐消退,同时有助于观察胆道及胆汁引流情况。通过“T”管可引出混浊胆汁及取石过程中的小结石碎片。即使有残余结石,亦可在术后6~8周用胆道镜经“T”管窦道取石或碎石。笔者认为,梗阻性黄疸、泥沙样结石、松软结石块和术中无法确定结石是否取净者均可放置“T”管,以尽快消除黄疸,改善肝功能。“T”管放置的时间应长于开腹手术,晚拔管可防止胆漏,理由是:(1)腹腔镜下操作对腹腔干扰小,“T”管周围形成窦道时间较晚;(2)在剪开胆总管前用电钩轻轻电凝的胆总管预切开处愈合慢,“T”管支撑可防止局部挛缩狭窄;(3)营养不良、消瘦体型、肝功能差以及估计术后有炎性渗出腹水者,一般窦道形成较晚,3周左右可试夹管,如无不良反应完全夹闭“T”管,等待6~8周在造影前打开“T”管,充分引出长期积存的胆汁,预防逆行感染,经造影显示正常或胆道镜检查后拔管。

临床研究表明,胆囊炎、胆囊结石合并肝内外胆管结石的患者,多可在腹腔镜下施行胆囊切除、胆总管切开联合胆道镜取石术。此手术的适应证和治疗效果理论上基本与开腹手术相同,而且具备微创手术的优点,安全,可靠,患者创伤小,康复快。通过腹腔镜、胆道镜经验的积累,严格掌握手术适应证,选择合适的病例,精细的手术操作,在基层医院开展腹腔镜联合胆道镜胆总管探查取石术治疗肝内外胆管结石安全、可行。

参考文献:

- [1] 巴明臣,崔书中,陈积圣.中国胆道外科的现状与发展思路[J].中国微创外科杂志,2007,7(4):329-330.
- [2] 吴阶平,裘法祖.黄家驹外科学[M].北京:人民卫生出版社,2000.1274.
- [3] 胡三元.肝内、外胆管结石的腹腔镜处理[J].中国普外基础与临床杂志,2008,15(10):711.
- [4] 瞿建国,张节,徐青,等.腹腔镜联合纤维胆道镜胆总管探查135例分析[J].中国微创外科杂志,2008,8(10):945-946.
- [5] 周全胜.腹腔镜胆囊切除术预防胆管损伤的研究进展[J].腹腔镜外科杂志,2001,6(1):47-49.
- [6] 索运生,徐琳,陈安平,等.腹腔镜胆总管探查一期缝合669例报告[J].中国微创外科杂志,2008,8(10):942-944.

(此文编辑 朱雯霞)