

急性胆囊炎腹腔镜切除体会

辛兴涛¹ 陈惠根²

(1 江西中医学院 2006 级研究生 南昌 330006; 2 江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词: 腹腔镜; 急性胆囊炎; LC

中图分类号: R 657.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0073-02

腹腔镜胆囊切除术 (Laparoscopic cholecystectomy, LC) 已成为治疗慢性胆囊炎的“金标准”。急性胆囊炎因胆囊壁充血、水肿、增厚, 术中渗血多, 胆囊张力较大, 扎持困难, Calot 三角因手术视野渗血而模糊不清, 因其操作困难, 中转开腹和并发症多, 许多医者感到处理比较麻烦, 被视为 LC 相对禁忌证。但回顾分析我院 2007 年 9 月~2008 年 6 月 256 例急性胆囊炎行腹腔镜切除, 总结发现急性胆类白血病反应和咽痛、血培养阴性为特性的风湿性疾病。由于各种症状并非同时出现, 表现多种多样, 容易误诊。其特点为: (1) 发热, 热型不规则, 每日体温曲线可有 1~2 个高峰, 一般退热药或抗生素治疗无效; (2) 关节疼痛, 与体温升降有一定关系, 高热时关节肿痛明显, 热退时关节肿痛减轻或消失, 随病程迁延至晚期, 关节可呈类风湿样改变; (3) 皮疹, 为多形性、一过性, 以麻疹样、荨麻疹样和斑丘疹样皮疹多见, 胸腹部比四肢出现机会多, 有过敏史者更易出现; (4) 肝、脾、淋巴结肿大, 淋巴结肿大以腋窝、腹股沟和滑车上等部位较多, 并有触痛; (5) 白细胞增高, 多在 $10\sim 50 \times 10^9/L$ 之间, 以 $20\sim 30 \times 10^9/L$ 为多见, 分类计数以中性粒细胞增多为主; (6) 抗生素治疗无效; (7) 血培养多为阴性。掌握本病的临床特点, 辅以必要的检查, 可减少误诊。

结合误诊的 18 例病例, 具体分析如下: (1) 由于患者有持续高热、血白细胞计数升高、感染性骨髓象, 临床酷似败血症, 本组有 1 例误诊为败血症, 造成长期应用抗生素。败血症全身症状明显, 可有皮肤瘀点, 抗生素治疗有效, 反复多次血培养阳性有助于诊断。 (2) 3 例因不明原因发热、血沉快、胸膜病变、淋巴结肿大、PPD 试验阳性而诊断为结核病, 经抗结核治疗无效转而考虑 Still 病。结核病多为午后低热、盗汗, 多数血白细胞数正常, 少数可表现类白血病反应, 如有皮疹, 常为结节性红斑, 而非典型一过性皮疹。 (3) 2 例因发热、咽痛、关节痛、抗“O”升高而诊断为风湿热。风湿热多见于儿童, 皮疹常为环形红斑或结节性红斑, 可有心肌炎、皮下结节、舞蹈病, 肝、脾、淋巴结肿大者少见。 (4) 本组误诊为白血病反应 2 例、淋巴瘤 1 例, 早期骨髓检查、淋巴结活检, 提高病理诊断水平可避免误诊。 (5) 误诊系统性

囊炎行 LC 是可行的。

1 资料与方法

1.1 临床资料 256 例急性胆囊炎患者, 男性 121 例, 女性 135 例, 年龄 19~81 岁, 平均 50 岁。合并胆囊结石 251 例, 其中伴胆囊颈部结石嵌顿 128 例, 病程均在 3d 以内, 平均急性发作病程为 2.1d, 均表现右上腹疼痛严重, 压痛明显, 墨菲氏征阳性。

1.2 手术方法 全部病例采用气管插管全麻。病人红斑狼疮 1 例、类风湿性关节炎 1 例、皮炎 1 例, 原因为患者出现抗核抗体、类风湿因子弱阳性、肌酶轻度升高。系统性红斑狼疮皮疹主要为面颊蝶形红斑、甲周红斑, 常伴有肾脏损害, 抗 Sm 抗体、抗双链 DNA 抗体阳性。类风湿性关节炎可有骨关节畸形, X 线片显示四肢远端关节骨侵蚀样变或囊性变, 成人 Still 病可有骨质疏松, 而无侵蚀样变。皮炎皮疹为眼睑水肿性紫红斑, 颈项区皮疹, 肌酶明显升高, 心电图显示肌原性损害, 可有抗核抗体、抗 JO-1 抗体阳性。误诊使患者经历多种不当治疗, 上述误诊患者平均应用 3 种以上抗生素, 一方面加重了患者经济负担, 另一方面部分患者产生严重的副作用或导致二重感染, 因此早期诊断和治疗仍是本病的关键。Evensen 等^[4]认为发热、关节痛、皮疹是诊断该病的核心症状, 加上血清铁蛋白升高, 诊断特异性会明显提高, 本组资料也同样得到了验证。

总之, 对 Still 病要有足够的认识, 本病起病早期大多不典型, 常以一种临床症状掩盖其他表现。各器官受损程度也不同, 若对此缺乏系统的动态观察和全面的分析, 易致误诊。激素的普遍使用使临床症状变得不典型, 造成诊断上的困难, 对此要有足够的警惕。为了减少误诊, 重要的是临床医生提高对本病的警惕性, 详细询问病史, 仔细查体, 有针对性地进行实验室检查。

参考文献

- [1] 何培根. 风湿病诊疗指南[M]. 北京: 科学出版社, 2000. 49
- [2] 蒋明, 张春春. 风湿病诊断与诊断评析[M]. 上海: 科学技术出版社, 2004. 101-107
- [3] 张胜桃, 沈桂芬, 何培根. 成人 Still's 病的诊断和治疗进展[J]. 临床内科杂志, 2006, 23(10): 657-658
- [4] Evensen KJ, Swaak TJ, Nossent JC. Increased ferritin response in adult Still's disease: specificity and relationship to outcome [J]. Scand J Rheumatol, 2007, 36(2): 107-110

(收稿日期: 2008-06-24)

取头高足低左侧卧位,建立 CO₂ 气腹,先在脐上缘或脐下缘作一长 10~15mm 的弧形切口,切开皮肤及皮下,提起切口两侧腹壁,用气腹针通过切口垂直穿透腹壁进入腹腔。经证实气腹针位于腹腔内后可开始注气,气腹建立后,从脐孔处切口穿入锥鞘,拔出穿刺锥后,将预热的腹腔镜经套鞘插入腹腔,观察腹腔内情况,并在腹腔镜监视下分别穿入另外 3 个锥鞘。入抓钳及电凝钩后,用常规 LC 方法操作。先分解粘连,分解粘连关键是暴露胆囊后三角,用电钩分离后三角,再分离前三角,重点找到胆囊管,用钛夹夹闭胆囊管,近端夹闭两个钛夹,远端夹闭一个钛夹,用剪刀切断,后剥离胆囊,剥离胆囊要紧贴胆囊,防止胆囊床出血。若水肿炎症严重,胆囊严重粘连,胆囊三角解剖不清,胆囊管分离不清,不能正确分辨,不要强行分离,可在胆囊壶腹部用电钩剖开胆囊,在胆囊内部寻找胆囊管开口,确认胆囊管有胆汁流出后,即直接缝合。胆囊不好剥离可行胆囊大部分切除,切除后用圆头电凝轰炸式烧灼未切除的胆囊黏膜,再次检查胆囊管缝合部位,无胆汁渗出,可行生理盐水冲洗后置引流管。

2 结果

256 例患者除 1 例因有胃穿孔手术病史,腹腔粘连严重,中转开腹,改行常规手术方式外,其余均顺利完成腹腔镜手术。其中 123 例胆囊三角粘连严重,行胆囊管缝合,胆囊大部分切除,132 例顺利找到胆囊管钛夹夹闭,其中结石嵌顿 56 例行胆囊管或壶腹部切开放石。术后胆漏 1 例,行腹腔引流保守治疗痊愈。

3 讨论

3.1 急性胆囊炎的腹腔镜手术 急性胆囊炎以前一直被列为腹腔镜手术的相对禁忌证,随着腹腔镜操作技术的不断提高,急性胆囊炎行腹腔镜切除手术是可行的,我科自开展腹腔镜胆囊切除手术以来,腹腔镜行急性胆囊炎胆囊切除成功率逐年提高,并发症发生率逐年降低。我们认为急性胆囊炎发病在 3d 内,胆囊壁水肿严重充血不明显,胆囊与周围粘连不太严重,易于剥离,总之胆囊炎急性发作要及时行 LC,发作时间越长手术越难操作。

3.2 手术过程操作要点

3.2.1 炎症水肿充血较轻 Calot 三角的正确解剖是手术成功和预防并发症的关键。Calot 三角分为以胆囊颈管为中心的安全区和以三管汇合区为中心的危险区,手术应尽可能在安全区钝性分离,决不要在危险区解剖。Calot 三角处理不当可能损伤肝外

胆管,急性胆囊炎时,Calot 三角炎症水肿粘连严重,应先分离胆囊周围的粘连,确认胆囊壶腹,用电钩从胆囊壶腹紧贴胆囊向胆囊后三角解剖,使后三角成掏空状,再用电钩解剖前三角,暴露胆囊管和胆囊动脉,用电钩直接在胆囊管后方从前三角穿过后三角;若粘连严重可用角钳钝性分离或用吸引器进行冲、吸、推、刮等钝性分离,有时胆囊动脉不能清晰找出,就在前三角分离组织先上钛夹,预防出血,即使找到胆囊动脉也不要骨化,防止术后钛夹脱落,有时胆囊管和动脉在一起,可以一起夹闭;处理胆囊动脉后,处理胆囊管,近端一般夹两个钛夹,远端一个,然后用剪刀剪断,之后进行剥离,剥离时要注意:找准层次游离胆囊床,宁破胆囊,勿伤肝脏,急性胆囊炎时胆囊壁往往增厚,炎性充血水肿明显,使用电凝钩时一定要靠近胆囊,远离肝脏,避免损伤肝脏表浅血管,引起难以处理的出血。注意评估胆囊床与肝脏面的关系,如胆囊床隐藏于肝脏实质过深,宁可残留部分胆囊壁也不要强求剥离全部胆囊,这时可行胆囊大部分切除。如胆囊张力过高可适当减压,不要使胆囊空虚影响对胆囊床的剥离。

3.2.2 胆囊炎症水肿严重 胆囊三角无法辨认,成“冰冻样”,这时不要强行分离胆囊三角,强行分离可能损伤肝外胆管,这时找到胆囊壶腹部,可在胆囊壶腹部用电钩剖开胆囊,在胆囊内部寻找胆囊管开口,确认胆囊管有胆汁流出后,用可吸收线直接缝合胆囊壶腹部部分,一般连续缝合两针即可,要确保缝合严密,无胆汁漏出。胆囊不好剥离不要强行剥离,可行胆囊大部分切除,也就是切除胆囊游离的部分,胆囊与肝相连部分不予切除,大部分切除胆囊后,用圆头电凝轰炸式烧灼未切除的胆囊黏膜,防止日后有分泌液渗出,再次检查胆囊管缝合部位,无胆汁渗出,可行生理盐水冲洗后置引流管。

总之,急性胆囊炎可以行 LC,关键是术者手术操作熟练度及正确的处理方法,对于解剖不清的,胆囊大部分切除不失为好方法。

参考文献

- [1]陈训如.经腹腔镜胆囊切除术 1 650 例的经验[J].临床肝胆病杂志,1995,11(1):135-137
- [2]黄志强.现代腹腔镜外科学[M].北京:人民军医出版社,1994.49
- [3]黄炳强,华沪玮,雷建,等.急性胆囊炎经腹腔镜胆囊切除的临床评价[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):579-580
- [4]张扬,魏尚典.腹腔镜困难胆囊切除体会[J].中国内镜杂志,2006,12(2):217-218
- [5]张景华,曹月敏,谭文科,等.腹腔镜胆囊切除术并发症的防治[J].中华外科杂志,2003,41(10):724

(收稿日期:2008-12-25)