

腹腔镜胆囊大部分切除在复杂胆囊结石手术中的临床应用

赖俊谕, 陈川, 姚健(四川省泸州市人民医院 646000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜胆囊大部分切除术的适应证、手术方法及临床价值。方法 回顾分析总结本科自 2005 年 7 月至 2011 年 4 月 128 例腹腔镜胆囊大部分切除术的原因、方法和体会。结果 126 例手术顺利完成, 2 例中途转开腹手术, 无死亡, 手术时间 25~160 min, 平均 105 min。术中出血 10~100 mL, 平均 51 mL。术后 5~10 d 痊愈出院, 平均 7.46 d。随访 3 个月~3 年, 无症状复发, 效果满意。结论 在化脓性胆囊炎或胆囊三角严重黏连疤痕化等不能够常规行胆囊切除的患者, 行腹腔镜胆囊大部分切除术简便而安全可行, 不但能够达到胆囊切除的目的, 又能减少肝外胆管和血管损伤, 避免了中转开腹, 不失为复杂胆囊手术治疗的一种较好的选择, 但必须严格掌握适应证, 正确处理胆囊残余部分。

【关键词】 腹腔镜; 胆囊大部切除术; 胆囊切除术; 胆囊炎

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)15-1871-02

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)开展以来, 其手术适应证逐步扩大, 但 LC 手术中胆道损伤发生率仍大于 0.32%^[1-2]。特别对于一些复杂的胆囊, 如胆囊严重萎缩、化脓坏死性胆囊炎或 Calot 三角充血水肿、致密黏连疤痕化等, 正常的组织结构不易辨别, 盲目解剖胆囊三角区, 极易损伤胆总管、右肝管及门静脉。采用胆囊部分切除术既避免了术中出血、肝外胆管损伤, 又可以防止术后胆汁漏的发生。本科自 2005 年 7 月至 2011 年 4 月行 LC 中遇上述复杂情况 126 例, 均行胆囊大部分切除效果满意, 现分析总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 128 例, 男 42 例, 女 86 例, 年龄 25~82 岁(56.2±10.5)岁。急性化脓性胆囊炎 46 例, 坏疽性胆囊炎 27 例, 其中胆囊穿孔 4 例; 胆囊严重萎缩 51 例。合并胆囊结石者 111 例, 其中胆囊颈结石嵌顿者呈现明显的疤痕, 纤维化改变 84 例; 胆囊管闭塞形成胆囊积液积脓 110 例。急性期病程 1~14 d, 平均(6.5±3.3)d。

1.2 术前准备 所有患者术前常规行超声和(或)CT 检查或磁共振胆道成像(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)检查以除外胆总管结石、肿瘤等胆管占位病变。皮肤、巩膜无黄染, 血清总胆红素及直接、间接胆红素在正常范围内, 丙氨酸氨基转移酶及天门冬氨酸氨基转移酶升高不超过正常 2 倍(80 U/L), 入院后即给予感染、解痉治疗, 纠正电解质紊乱, 如合并有糖尿病、高血压等疾病, 则给予对症治疗。

1.3 手术方法 均采用气管内插管全身麻醉, CO₂ 气腹, 四孔操作。先游离胆囊周围黏连, 胆囊明显充盈者先穿刺减胀, 显露胆囊三角, 探查发现胆囊三角纤维化, 黏连广泛, 文氏孔闭锁, 失去正常的解剖形态, 解剖、分离困难, 稍加解剖出血较多等病理改变, 难以按常规 LC 完成, 故决定行胆囊大部分切除术。主要操作步骤如下: (1) 分离胆囊周围黏连, 暴露胆囊。尽量采用钝性分离, 甚至直接推开, 致密黏连可用电钩切开, 注意胆囊与十二指肠的黏连, 可紧贴胆囊浆膜仔细分离。(2) 切开胆囊取石。以电钩在胆囊壶腹上方切开一小孔, 吸引器伸入胆囊内吸尽内容物(往往为白胆汁或脓性胆汁), 再横行切开胆囊前壁, 仔细止血。小心完整的取出胆囊内结石, 装入标本袋以防止落入腹腔。(3) 切除胆囊大部。自胆囊与肝床交界处切除胆囊前壁, 切缘小心止血。反复冲洗胆囊内部, 同时在胆囊外以吸引器挤压确认胆囊管及壶腹内无结石残留, 并辨认胆囊管开口。(4) 处理胆囊管。以电凝灼烧破坏开口处黏膜, 对胆囊管的处理有 3 种不同方法。套扎法: 在距胆囊管开口 1 cm 处

完整分离壶腹前后壁, 以套扎器双重套扎胆囊管开口, 本组有 73 例采用该方法; 缝扎法: 胆囊管不必强行游离, 用 4 号丝线圆针仔细缝合包埋胆囊管残端, 一般缝合 3、4 针, 本组有 37 例采用该方法; 封闭法: 以凝胶海绵填塞, 并以生物蛋白胶封闭, 可反复两到三层, 使胆囊管开口完全被封闭, 本组有 18 例采用该方法。(5) 处理胆囊后壁。以电灼法破坏黏膜。(6) 放置引流管。于文氏孔处放置引流管一根, 自右侧腹腋前戳孔引出。

2 结果

手术成功 126 例, 2 例因出血严重, 镜下止血困难中转开腹, 中转开腹率 1.56%。手术时间 50~120 min[(85.8±25.6)mL], 术中出血 10~100 mL[(50.8±21.6)mL]。术后腹腔引流量 10~50 mL/d, 1~3 d 拔除引流管。术后 1~3 d 患者体温恢复正常。无胆囊动脉再出血、膈下脓肿、胆漏、黄疸等严重并发症出现。3 例出现脐部伤口感染, 经抗炎、换药治疗后痊愈。术后 5~10 d[(7.46±2.5)d]痊愈出院。全组患者无死亡。术后对 25 例患者随访 3 个月~3 年, 近期无其他不良反应及并发症发生。远期出现不良反应共 5 例, 远期效果好率达 80%, 其中 3 例慢性右上腹疼痛、饱胀不适, 2 例慢性腹泻, 随访期间发现的不良反应均与标准胆囊切除术后的不良反应相同, 并没有发现因残留部分胆囊而引发的症状, 如“小胆囊”或“假胆囊”现象, 及残留结石。

3 讨论

急性胆囊炎、慢性萎缩性胆囊炎及胆囊炎合并肝硬化门静脉高压曾被认为是 LC 的禁忌证。此类胆囊的解剖特点是 Calot 三角组织明显充血、水肿、增厚、纤维化, 黏连广泛, 甚至呈“瓷瓶”样, 失去了正常的解剖形态, 导致解剖、分离困难, 分离时极易出血, 影响视野, 在止血时容易造成胆道损伤或因胆囊颈结石嵌顿, 使胆囊壶腹匍匐在肝(胆)总管上, 致密黏连, 若术中强行分离, 可造成胆道部分损伤甚至横断等严重并发症^[3]。腹腔镜胆囊大部分切除术旷置了 Calot 三角的处理, 具有以下优点: (1) 可简化手术, 减少手术风险。手术切除了病变的胆囊, 对于胆囊三角“冰冻样”改变的患者不必强行解剖, 减少了损伤肝外胆管的机会, 术中出血少, 手术安全、可靠, 并发症少。(2) 与中转开腹胆囊部分切除比较, 大大缩短手术时间及住院时间, 术后恢复快, 同时术后的各种不适明显减少, 充分体现微创手术的优越性^[4]。

但腹腔镜胆囊大部分切除术后, 有可能发生因残留的胆囊黏膜灭活不彻底而出现肝下积液继发感染, 或因胆囊管残留过长而发生再感染、结石残留或复发, 甚至形成炎性小胆囊, 症状

明显者还需再次手术^[5],因此是一种迫不得已才使用的一种手术方式,应严格掌握其适用范围:(1)急性坏疽性胆囊炎,周围炎症反应严重,胆囊充血肿大,组织变硬变脆,分离胆囊床时极易出血、渗血。(2)慢性萎缩性胆囊炎,胆囊壁肥厚,胆囊三角区大量瘢痕性黏连致解剖关系不清者。(3)肝内型胆囊,胆囊与肝实质界限不清,难以分离,术中保留胆囊床、部分胆囊壁,可防止肝创面过大甚至损伤肝实质,造成难以控制的肝创面出血。

腹腔镜胆囊大部分切除术中操作要点:(1)急性胆囊炎时胆囊壁充血水肿增厚,囊腔内张力增高,大网膜上移,形成黏连甚至包裹,有时看不见胆囊,应认准平面,尽量采用钝性分离,由浅入深,可以直接用电凝棒推开包裹的大网膜及周围组织的黏连,致密黏连可用电钩切开。分离应紧贴胆囊浆膜,防止损伤胃或十二指肠。(2)如果胆囊腔张力较高,可以穿刺减压,穿刺点应选在胆囊颈的前内侧,抽出部分胆汁,以便于操作。(3)术中应避免反复钳抓胆囊壁,以免渗血较多手术野不清。(4)术中胆囊管如果能分离出来,则尽可能用生物可吸收夹夹闭,防止术后胆囊管炎性反应消退后钛夹脱落,导致术后胆漏。(5)分离 Calot 三角时注意不要盲目用电凝钳夹止血,以免损伤胆总管、肝总管,应冲洗干净后,沿胆囊管与胆囊动脉的平行方向分离,分离清楚 Calot 三角的结构或逆行切破胆囊后再钳夹止血。(6)一定要取尽胆囊内结石,勿使结石残留腹腔。(7)在钛夹钳夹胆囊管时,应将胆总管复位,避免牵拉成角,以免钳夹引起胆总管狭窄或损伤。(8)胆囊后壁黏膜必须充分电凝破坏,达到彻底止血和封闭迷走胆管的作用。(9)对切除的标本必须仔细检查,如遇疑问,标本须及时送病理切片检查。

腹腔镜胆囊大部切除术是在临床初步实践中被证实是简便、易行、安全、有效的方法,从而使腹腔镜胆囊切除术的适应证范围更宽。除了全身性禁忌证外,以往那些腹腔镜胆囊切除

的禁忌证大部分成为适应证,尤其对于那些胆囊颈部结石嵌顿的急性发作的结石性胆囊炎,因为个人或初次诊治的医生经验不足,而错过了最佳的手术时机。以往的观点,往往是只能先予以抗炎对症治疗,待炎症控制稳定后 2、3 个月再行手术治疗,或者保守治疗无效而行急诊开腹胆囊切除手术,现在直接行腹腔镜胆囊切除手术。

总之,在严格掌握其手术指征和操作要点的情况下,腹腔镜胆囊大部切除术是一种安全有效的手术方法,在临床工作中合理应用该方法,可以降低腹腔镜胆囊切除术中转开腹和并发症的发生率,取得与胆囊切除相同的效果,且符合微创的要求,不失为复杂胆囊手术治疗的一种较好的选择。

参考文献

[1] 刘永雄.“小”手术 大学问——谈做好胆囊切除术[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
 [2] 杨爱国,聂凯,邹耀祥,等.腹腔镜胆囊切除术中肝外胆管损伤的预防措施[J]. 中国普通外科杂志,2006,15(3):161-162.
 [3] 郑成竹.腹腔镜胆囊切除术常见并发症分析及预防[J]. 肝胆胰外科杂志,2001,13(1):3-4.
 [4] Subramaniasivam N, Ananthakrishnan N, Kate V, et al. Partial cholecystectomy in elective and emergency gall bladder surgery in the high risk patients——a viable and safe option in the era of laparoscopic surgery[J]. Trop Gastroenterol,1996,17(1):49-52.
 [5] 田茂东,杨叔军.经腹腔镜胆囊切除术并发症的预防与治疗[J]. 检验医学与临床,2009,6(8):621-622.

(收稿日期:2011-05-17)

• 临床研究 •

细菌性阴道病的实验室检测方法比较

杜丽新¹,李凤莲¹,李书清²,赵树跃³(1.河北省衡水市第五人民医院 053000;2.河北省衡水市哈励逊国际和平医院 053000;3.衡水市桃城区疾病控制中心 053000)

【摘要】 目的 探讨细菌性阴道病实验室诊断及临床应用。**方法** 采用超高倍显微诊断系统和细菌性阴道病快速诊断试剂,对 946 例阴道分泌物样本进行检测,并用革兰染色镜检法相互参照。**结果** 超高倍显微诊断系统检测阳性率(17.9%)与革兰染色镜法(14.9%)相比差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 细菌性阴道病的诊断,在快速诊断的基础上,再进行涂片查“线索细胞”使结果更可靠、准确,以免造成漏检。

【关键词】 超高倍显微诊断系统; 多胺测定; 线索细胞; 阴道分泌物

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.15.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)15-1872-02

细菌性阴道病(BV)又称非特异性阴道炎,是育龄妇女最常见的阴道感染性疾病,占外阴阴道感染的 40%~50%^[1],且易复发。近年来研究发现 BV 不仅与盆腔炎、阴道炎、泌尿系感染等妇科疾病有关,还可以引起羊膜腔感染、胎膜早破、产褥感染、出生低体质量、新生儿感染及新生儿黄疸等导致不良围产结局。因此,如何快速诊断治疗 BV,寻找最佳的检测方法,引起了检验工作者的高度关注。对 608 例妇科门诊就诊者和 338 例健康妇女进行阴道分泌物涂片检查、BV 快速检测,并用革兰染色镜检法相互参照。结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 标本来源 2008 年 1~9 月衡水市第五人民医院妇科门诊患者 608 例,年龄 22~60 岁;同期某单位来衡水市第五人民

医院健康妇检 338 例,年龄 24~55 岁。患者均以常规消毒法用无菌棉签取阴道分泌物,置于 0.5 mL 等渗盐水管中送检,在妇科门诊进行 BV 检测。

1.2 试剂与方法

1.2.1 超高倍显微镜检测法 用拭子将标本均匀涂抹在等渗盐水中,加盖玻片镜检。使用 ACT-2000 型超高倍显微镜(上海复星实业公司),在放大倍率为 12 000 倍的相差视野下观察全片,找到被短小杆菌侵袭的上皮细胞(即线索细胞)为阳性^[2]。

1.2.2 革兰染色法 标本直接在洁净玻片上涂片,待干后用革兰染色镜检,找到线索细胞为阳性^[3]。

1.2.3 细菌阴道病(BV)快速诊断试剂(三明博峰生物科技有