

文章编号:1009-6612(2018)06-0444-04
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.06.444

· 论 著 ·

腹腔镜胆囊切除术中胆囊管结石的诊治策略

1

陈建中¹,梁光彩²,成正军¹,李英翔¹

(1. 重庆市九龙坡区第二人民医院,重庆,400052;2. 中国人民解放军95696部队医院)

【摘要】 目的:探讨腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)中胆囊管结石的诊治策略。方法:回顾分析2014年8月至2017年8月收治的41例行LC的胆囊管结石患者的临床资料。结果:5例(12.2%)于术前确诊胆囊管结石,36例(87.8%)术中探查发现。40例(97.6%)成功完成LC,其中1例(2.4%)因多次反复挤压取石并发胆总管结石,术后第3天行内镜逆行胰胆管造影+内镜十二指肠乳头括约肌切开术;1例(2.4%)因Calot三角粘连致密、解剖不清、无法分离、腔镜下缝合不满意而中转开腹。术后随访1个月~2年,均未发生胆道狭窄及胆总管结石。结论:术前B超、CT检查较难发现胆囊管结石,但MRCP检查可提示胆囊管结石。术中仔细探查、警惕胆囊管结石的存在、灵活运用LC的处理技巧是腹腔镜胆囊管结石手术成功的关键,择机中转开腹可减少不必要的并发症。

【关键词】 胆囊管结石;胆囊切除术,腹腔镜;治疗结果

中图分类号:R657.4 文献标识码:A

The diagnosis and treatment strategies for cystic duct lithiasis in laparoscopic cholecystectomy CHEN Jian-zhong¹, LIANG Guang-cai², CHENG Zheng-jun¹, et al. 1. Department of General Surgery, the Second People's Hospital of Jiulongpo District, Chongqing 400052, China; 2. People's Liberation Army of China 95696 Army Hospital

【Abstract】 Objective: To explore the diagnosis and treatment strategies for cystic duct lithiasis in the perioperative period of laparoscopic cholecystectomy (LC). **Methods:** The clinical data of 41 patients with cystic duct lithiasis treated by LC from Aug. 2014 to Aug. 2017 were retrospectively analyzed. **Results:** Of 41 cases of cystic duct lithiasis, 5 cases (12.2%) were diagnosed before operation and confirmed during operation, 36 cases (87.8%) were detected during operation. 40 cases (97.6%) were treated successfully by LC. The choledocholithiasis occurred in 1 case (2.4%) due to extrusion of the cystic duct repeatedly, and the ERCP+EST was successful on the 3rd day after LC. 1 case (2.4%) was converted to open operation for the Calot triangle adhesion, the unclear anatomical structure and the unsatisfactory laparoscopic suture. No biliary stricture or choledocholithiasis occurred during the follow-up period from 1 month to 2 years after surgery. **Conclusions:** It is difficult to detect the cystic duct lithiasis before surgery by the B ultrasound and CT, but the cystic duct lithiasis could be detected by the MRCP. Careful exploration during the operation, vigilance of the existence of cystic duct lithiasis, and flexible use of LC treatment skills are the keys to the success of laparoscopic cystic duct calculi surgery, and conversion to open surgery at the right time can reduce unnecessary complications.

【Key words】 Cystic duct calculi; Cholecystectomy, laparoscopic; Treatment outcome

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)已得到广泛应用与普及^[1],但因腹腔镜操作、影像检查的局限性及胆囊管解剖位置的特殊性、变异性,术后结石残留或继发胆总管结石(common bile duct lithiasis, CBDL)等并发症时有发生,反复引起症状者往往需要再次手术^[2-3]。这些原因导致患者痛苦、经济负担加重,常诱发医疗纠纷,因此正确诊断与处理胆囊管结石(cystic duct lithiasis, CDL)是一个值得重视的问题^[4-5]。2014年8月至2017

年8月我院施行的856例LC中合并41例CDL,发生率4.8%,现将其诊治策略报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组41例患者中男31例,女10例;27~73岁,平均(49.2±10.1)岁。均有右上腹疼痛,向右肩、右腰背部放射12例(29.3%),5例(12.2%)伴发热(38.1~39.5℃),皮肤巩膜均无黄染,右上腹压痛20例(48.8%),反跳痛、Murphy征阳性4例(9.8%)。病程1~21年,平均(5.1±4.2)年,近期有急性胆囊炎表现15例(36.6%),合并高血压9例、2型糖尿病8例。术前常规行肝胆B超检查,均提示胆囊结石,其中2例诊断CDL,提示胆总管增粗3例,结石

1 通讯作者:李英翔, E-mail:952344297@qq.com, 583339256@qq.com

作者简介:陈建中(1976—)男,重庆市九龙坡区第二人民医院普通外科主治医师,主要从事普通外科的研究。

单发或多发,肝内胆管、胆总管无结石。23例(56.1%)患者白细胞 $>10 \times 10^9/L$,10例(24.4%)患者丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶升高,6例(14.6%)胆红素及碱性磷酸酶升高。肝功异常、B超诊断CDL、胆总管增粗患者行CT或磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)检查,6例行CT检查,1例可疑;15例行MRCP,4例确诊。

1.2 手术方法 常规采用3孔法置入腹腔镜及操作器械,遇操作困难则增加1孔。根据探查胆囊、Calot三角情况,采用以下方法处理:(1)术前影像学考虑或术中发现胆囊管局部结石梗阻迹象,于胆囊壶腹部夹闭胆总管,剪开或切开胆总管,挤出结石或用吸引器吸出结石,重复操作,直至有清亮胆汁溢出。(2)术中发现CDL松动,可先试用分离钳由胆囊管、胆总管汇合部向胆囊侧挤压结石,使之松动进入胆囊内。如结石嵌顿挤压失败,则直接纵行切开胆总管取出结石。(3)急性期胆囊充血水肿、壁增厚、增大、张力高,很难钳夹牵拉的胆囊先行穿刺减压,钝锐性结合分离胆囊与周围组织的粘连,解剖Calot三角显露胆总管,可疑CDL者,于胆囊壶腹部处钳夹一大号钛夹夹闭胆总管,于胆总管外侧横行剪开取出结石。根据胆汁情况判断远端有无梗阻,如果胆汁颜色为白色、浑浊胆汁,或无胆汁流出,向远端胆总管进一步解剖,避免残留结石。(4)如Calot三角呈“冰冻样”或“腊肠样”粘连,自胆囊后三角入路辨清胆囊壶腹部及胆总管走行,自胆囊壶腹部向胆总管方向纵行切开取石。如细致解剖仍未辨清三管关系,则中转开腹,以避免胆管损伤^[6]。取尽结石,直接用生物夹夹闭或打结关闭胆总管残端,如胆总管残端偏短或纵行切开较长,则需缝合关闭胆总管。切除胆囊后可根据术中情况放置腹腔引流管。

2 结果

41例中5例(12.2%)术前确诊并于术中证实,36例(87.8%)术中探查发现CDL,其中CDL位于近端18例、中段8例、远端15例。CDL嵌顿11例(26.8%),坏疽性胆囊炎6例(14.6%),胆囊萎缩3例(7.3%),胆囊内引流出白色胆汁4例(9.8%),胆总管浑浊胆汁12例(29.3%)。40例(97.6%)LC成功,其中1例(2.4%)多次反复挤压取石继发CBDL,术后第3天行内镜逆行胰胆管造影+内镜十二指肠乳头括约肌切开术取石成功。1例(2.4%)因Calot三角粘连致密、解剖不清、无法分离、腔镜下缝合不满意而中转开腹。术后25例(61.0%)放置腹腔引流管,均于1~2d拔管。住院3~5d,平均(4.5±1.3)d。术后随访1个月~2年,均未发生胆道狭窄及CBDL。

3 讨论

3.1 重视CDL的病因及临床特征 胆囊管是连接胆囊与胆总管的桥梁及胆汁流动的通道,其解剖变

异、病理改变成为临床与手术关注的焦点。胆囊管螺旋瓣可阻止胆囊结石通过后进入胆总管,但同时结石也容易在此处停留引起CDL^[7]。CDL可引起胆囊管完全或不完全梗阻,出现典型的胆绞痛^[8],合并高血压、糖尿病、高血脂等危险因素的患者,如处理不及时,可引发胆囊坏疽穿孔或继发性CBDL等并发症,后果严重,建议尽早手术干预^[9],慢性发展容易出现CDL伴萎缩性胆囊炎,增加Calot三角解剖难度,极易导致胆道损伤。

3.2 重视术前影像学检查 本组术前经B超诊断CDL仅2例,占4.9%。B超检查对胆囊结石诊断率较高,但对CDL的诊断率不高^[10],主要因胆囊管解剖位置隐蔽、管腔较细及邻近肠道气体的干扰。术前MRCP可提高CDL的诊断率,但不作为常规检查^[11],而对于多发性胆囊结石、肝功能异常、合并急性炎症等可疑CDL或继发性CBDL患者,选择MRCP或内镜逆行胰胆管造影对于明确诊断有较大帮助,因结石与软组织密度差异不大,CT价值较小。本组对肝功异常、B超诊断CDL、胆总管增粗的15例患者行MRCP,确诊4例,6例行CT检查,1例可疑。因此,术前B超多难以确诊,需多种检查相结合。

3.3 重视CDL的术中诊断 本组术中诊断36例(87.8%),术前仅诊断5例(12.2%)。研究显示^[12-13],CDL的术前诊断常有困难,判断结石停留位置更困难,因此术中诊断更为重要。首先应在思想上高度重视可能漏诊或残留CDL;其次,规范操作、减少并发症是手术成功的关键^[14]。术中发现以下情况应考虑CDL:(1)发现胆囊管增粗或胆囊管出现不规则隆起;(2)胆囊张力较高、炎症水肿严重,行胆囊减压时,发现浑浊胆汁、脓性胆汁或白胆汁;(3)用血管钳轻轻挤压胆囊管触及坚硬感或异物感;(4)对于多发性胆囊结石、最近腹痛、发热、肝功能异常、合并急性炎症等,胆囊管轻度增粗或不增粗时,应警惕CDL。

3.4 重视CDL术中个体化处理 术中应根据情况灵活处理,避免结石残留或移位:(1)胆囊管部分开放:胆囊张力较高、炎症水肿严重或操作不当时,对胆囊过度“牵拉”,极易将胆囊内或胆囊管内的小结石挤至胆总管远端,甚至继发CBDL,或胆囊管残留过长发生术后结石残留。有研究发现CDL后,用分离钳自胆囊管远端试图强行将结石“挤回”胆囊内,导致结石破碎使结石残留。作者按文献报道的方法^[15]并加以改进,避免了结石残留及胆管损伤。夹

闭近胆囊壶腹部胆囊管后剪开部分胆囊管,用吸引器吸取或分离钳挤压胆总管,将结石吸出或借胆流冲出。如残端结石较大或嵌顿可纵行切开胆囊管取出结石。(2)预防继发或残留 CDL、继发 CBDL:对于高张力胆囊^[16],应先行穿刺减压,避免胆囊内或胆囊管内小结石移位,导致或残留 CDL、甚至继发 CBDL。胆囊管近壶腹部结石、中段结石处理较容易,而近胆总管部或残留应小心处理,避免挤压胆囊管。可边挤压胆总管边用吸引器吸取胆囊管残端,还可沿胆囊管方向进一步纵向切开至胆总管。本组4例因靠近胆总管并嵌顿,纵行剖开胆囊管至近胆总管处取出结石;1例微切开部分胆总管,直接取出结石,避免了过度挤压导致的相关并发症。怀疑结石残留时,我们与 van Dijk 等^[17]的观点一致,术中胆道造影值得商榷,因其可能将远端 CDL 推入胆总管。本组1例患者因多次反复挤压胆囊管导致继发 CBDL,术后行内镜逆行胰胆管造影+内镜十二指肠乳头括约肌切开术取石。术中规范操作,在确定闭合胆囊管残端时,确认胆汁颜色正常、流出通畅,残留结石的机会较少。(3)术中胆道硬镜、钬激光的应用:胆囊管增粗时有可能将细小结石或靠近胆总管侧结石碎片挤入胆总管,有作者^[18]提倡胆囊管直径>0.5 cm 时,可行胆道镜检查,对于不慎掉入胆总

管的结石兼有取石作用。对于结石过大嵌顿、粘连紧密钳夹取石困难时,可用硬镜联合钬激光碎石后取出,避免强行取石损伤胆囊管。Selvaggi 等^[19-20]认为,胆道镜与造影均可能将远端 CDL 推入胆总管;但我们认为胆道硬镜或输尿管硬镜更微创,因其直径约 3 mm,更灵活方便,不损伤胆囊管,完全可采用。本组1例患者因胆囊管低位汇合,全程游离胆囊困难而采用胆道硬镜顺利取出结石,并经胆囊管探查胆总管。(4)胆囊管残端的处理:最后再次确认有无残余结石,根据胆囊管残端情况决定处理方法,如炎症水肿、黏膜损伤重、切开处距胆总管不足 0.5 cm 或胆总管微切开,夹闭困难或丝线结扎导致胆管成角等情况,应缝合残端,注意缝针间距,最好使用 4-0 或 6-0 可吸收薇乔线连续缝合,每针均应在直视下进行,以免误缝胆管,打结松紧适宜并常规放置引流。因此,妥善处理胆囊管残端是腹腔镜下处理 CDL 成功的关键。

总之,重视 CDL 的术中与术前诊断及胆囊管解剖是避免术后胆石残留、医源性 CBDL 的关键;术中仔细探查、警惕 CDL、灵活应用 LC 的处理技巧是腹腔镜胆囊管结石手术成功的关键,必要时应用胆道硬镜,以免结石残留,择机中转开腹是减少不必要并发症的明智选择。

参考文献:

- [1] Adisa AO, Lawal OO, Adejuyigbe O. Trend Over Time for Cholecystectomy following the Introduction of Laparoscopy in a Nigerian Tertiary Hospital[J]. Niger J Surg, 2017, 23(2):102-105.
- [2] Phillips MR, Joseph M, Dellon ES, et al. Surgical and endoscopic management of remnant cystic duct lithiasis after cholecystectomy—a case series[J]. J Gastrointest Surg, 2014, 18(7):1278-1283.
- [3] Gan J, Chang S. Factors predisposing to stone migration from the gallbladder into the common bile duct[J]. Surgical Practice, 2017, 21(1):1744-1633.
- [4] 蔡华杰, 郑志海, 周振旭, 等. 胆囊管结石的诊断和腹腔镜胆囊切除术中的处理策略[J]. 肝胆外科学杂志, 2016, 24(6):481-483.
- [5] 赵海俊, 杨英起, 赵臣, 等. 腹腔镜胆囊切除术中胆囊管的处理体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2015, 20(9):673-674.
- [6] 蒋平, 郑香云, 车汉洋, 等. 胆囊管结石的诊断及腹腔镜手术处理[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2015, 22(4):472-474.
- [7] 龚解其, 严斌, 陈伟新, 等. 腹腔镜胆囊切除术中胆囊管解剖变异的诊断及处理[J]. 中国临床医学, 2014, 21(3):334-335.
- [8] 李锟, 刘安重, 刘衍民. 胆囊管结石临床特点及腹腔镜处理方法[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(2):291-293.
- [9] 李旭, 郭鑫, 郭志民. 腹腔镜下急性坏疽性胆囊炎处理对策[J]. 川北医学院学报, 2015, 30(6):857-860.
- [10] 龚平明, 韩威, 刘勇, 等. 胆囊管结石 33 例临床诊治体会[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18(7):556-558.
- [11] Yang D, Yachimski P. When Does Assessment for Bile Duct Stones Need to Be Performed Prior to Cholecystectomy for Calculus Gallbladder Disease?[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018, 16(3):331-332.
- [12] 丁锦辉, 刘军乐, 罗超英, 等. 104 例胆囊管结石的诊断和腹腔镜手术治疗的临床分析[J]. 中华普通外科杂志, 2015, 30(5):398-399.
- [13] 奚春华, 孙跃明, 傅赞, 等. 择期腹腔镜胆囊切除术中胆囊管结石 29 例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2015, 15(11):1001-

- 1003.
- [14] Selvaggi F, Di Bartolomeo N, De Iuliis I, et al. Laparoscopic treated so-called reformed gallbladder in patient with postcholecystectomy chronic pain[J]. G Chir, 2011, 32(6-7):335-337.
- [15] Phillips MR, Joseph M, Dellon ES, et al. Surgical and endoscopic management of remnant cystic duct lithiasis after cholecystectomy--a case series[J]. J Gastrointest Surg, 2014, 18(7):1278-1283.
- [16] 栾宁,刁海鑫,张传海,等.腹腔镜诊治急性胆囊炎合并胆总管结石嵌顿的体会[J].腹腔镜外科杂志,2016,21(11):850-852.
- [17] van Dijk AH, de Reuver PR, Besselink MG, et al. Assessment of available evidence in the management of gallbladder and bile duct stones: a systematic review of international guidelines[J]. HPB(Oxford), 2017, 19(4):297-309.
- [18] 张险峰,刘双国,桑明远,等.腹腔镜胆囊切除术中胆总管结石的处理体会[J].中国现代普通外科进展,2012,15(3):229-230.
- [19] Selvaggi F, Di Bartolomeo N, De Iuliis I, et al. Laparoscopic treated so-called reformed gallbladder in patient with postcholecystectomy chronic pain[J]. G Chir, 2011, 32(6-7):335-337.
- [20] 邓天工,孔繁华,李卫清,等.腹腔镜胆总管结石及胆总管残株结石的处理体会[J].腹腔镜外科杂志,2013,18(2):98-100.

(收稿日期:2017-12-07)

(英文编辑:柳悄然)

文章编号:1009-6612(2018)06-0447-02

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.06.447

· 护 理 ·

基于综合护理的腹腔镜手术对子宫内膜息肉的干预作用

王玲玲

(辽宁省计划生育科学研究院附属医院,辽宁 沈阳,110031)

【关键词】 子宫内膜息肉;腹腔镜检查;围手术期护理

中图分类号:R473.71 文献标识码:B

目前,宫腔镜手术开始广泛应用于子宫内膜息肉的治疗,具有疗效显著、创伤小、术后康复较快等优势^[1-2]。然而,以往护理未能早期预估围手术期可能出现的情况,主动护理效果较差。为促进患者获得更好的康复效果,综合护理干预显得尤为重要。鉴于此,本文分析了宫腔镜手术治疗子宫内膜息肉的围手术期综合护理干预措施的效果,旨在寻找最佳护理措施。

1 临床资料

选取2017年1月至2017年10月我院收治的90例宫腔镜手术治疗的子宫内膜息肉患者,30~55岁,平均(40.28±3.50)岁;孕次1~4次,平均(2.11±0.60)次;子宫内膜息肉类型:单发37例,多发53例。文化程度:高中以下61例,高中及以上29例。职业:公务员29例,工人32例,农民18例,自由职业者11例。纳入标准^[3]:(1)患者均经实验室检查确诊为子宫内膜息肉;(2)超声检查结果显示子宫内存在异常回声;(3)子宫异常出血,且久治不愈;(4)年龄>20岁;(5)临床病历资料完整。排除标准:(1)合并精神系统疾病或交

流沟通障碍;(2)子宫内膜癌;(3)入院前接受过相关治疗;(4)处于相同病房的患者。患者及家属均签署知情同意书,我院伦理委员会已批准。发生7例宫腔感染、3例子官穿孔,总并发症发生率为11.11%。焦虑自评量表评分由治疗前的(48.82±10.24)分降至治疗后的(22.58±6.52)分;抑郁自评量表评分由治疗前的(36.68±8.91)分降至治疗后的(20.50±5.77)分。

2 护 理

2.1 护理方案制定 采用围手术期综合护理进行干预,组建以护士长为组长,5名护理人员为组员的综合护理小组,每周五举办一次“头脑风暴”活动,先由护理人员详细介绍前一周的护理情况及突发情况,再由组长提出问题,组员思考后自由表达自己对于护理工作的遗漏及弥补措施,记录大家一致认可的优质新型护理措施并进行后期培训,形成综合性的围手术期护理方案。

2.2 护理方法 (1)术前干预:护理人员向患者详细讲解疾病及手术相关知识,做好指导、解释工作,同(下转第454页)