

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2019.06.031

◇临床医学◇

腹腔镜胆囊切除术中转开腹 93 例原因分析

陶绍富, 胡郁之, 孙蕾, 凌林, 陈光彬, 孙礼侠

作者单位: 芜湖市第二人民医院普外科, 安徽 芜湖 241000

通信作者: 孙礼侠, 男, 主任医师, 硕士生导师, 研究方向为肝胆胰相关疾病的基础与临床, E-mail: tsf3940@163.com

基金项目: 安徽省卫生和计划生育委员会科研计划项目 (2016QK051)

摘要:目的 分析腹腔镜胆囊切除术中转开腹原因, 更好地指导临床手术。方法 对芜湖市第二人民医院 2013 年 1 月至 2015 年 12 月期间实施腹腔镜胆囊切除术和中转开腹病例资料进行回顾性分析。结果 总共进行 4 286 例腹腔镜胆囊切除术, 其中中转开腹 93 例, 中转率 2.17%, 主要原因有: 胆囊三角解剖不清 50 例 (53.8%), 腹腔内广泛粘连 25 例 (26.9%), Mirizzi 综合征 8 例 (8.6%), 胆囊消化道瘘 5 例 (5.3%), 术中发现胆总管结石 3 例 (3.2%), 胆道变异损伤 1 例 (1.1%), 镜下难以控制的大出血 1 例 (1.1%)。结论 胆囊三角解剖不清, 腹腔内广泛粘连是腹腔镜胆囊切除中转开腹的主要原因, 适时中转开腹是避免手术并发症的重要措施。

关键词: 腹腔镜; 胆囊切除术; 中转开腹

Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy in 93 cases

TAO Shaofu, HU Yuzhi, SUN Lei, LING Lin, CHEN Guangbin, SUN Lixia

Author Affiliation: Department of General Surgery, The Second People's Hospital of Wuhu, Wuhu, Anhui 241000, China

Abstract: **Objective** To analyze the reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy, and to better guide the clinical operation. **Methods** A retrospective analysis was performed for all of laparoscopic cholecystectomy (LC) and conversion in The Second People's Hospital of Wuhu from January 2013 to December 2015. **Results** A total of 4 286 cases received laparoscopic cholecystectomy, of which 93 cases had to be converted to open operation, the conversion rate being 2.17%. The main reasons were unclear Calot's triangle anatomy (50 cases, 53.8%), intra-abdominal dense adhesions (25 cases, 26.9%), Mirizzi syndrome (8 cases, 8.6%), gallbladder fistula (5 cases, 5.3%), bile duct stones in operation (3 cases, 3.2%), variant bile duct injury (1 case, 1.1%), and uncontrollable bleeding under laparoscope (1 case, 1.1%). **Conclusion** Unclear Calot's triangle anatomy and intra-abdominal dense adhesions were the main reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy and active conversion to open cholecystectomy in time is an important measure to avoid the complications of LC.

Key words: Laparoscope; Cholecystectomy; Conversion to open cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除术 (Laparoscopic Cholecystectomy, LC) 具有手术损伤小、病人疼痛轻、住院时间短、术后早期下床活动、早期进食、瘢痕不易发现、肠粘连并发症少等优点^[1], 已经成为治疗胆囊结石、胆囊息肉和胆囊腺肌症等良性疾病的首选术式。随着腹腔镜技术的普及, LC 手术指征愈来愈宽, 手术并发症也愈来愈少, 但出血、胆管损伤、胆漏等严重并发症仍时有发生。因此, 防止并发症、提高手术安全性仍是 LC 值得高度重视的问题。适时的中转开腹是避免 LC 并发症的重要措施, 现对芜湖市第二人民医院 3 年间实施的 4 286 例 LC 中 93 例中转开腹的原因进行分析, 以期为同行提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 芜湖市第二人民医院 2013 年 1 月

至 2015 年 12 月共实施 LC 4 286 例, 其中中转开腹 93 例。93 例中胆囊结石伴慢性胆囊炎 56 例, 胆囊结石伴急性胆囊炎 37 例。术前均行 B 超等检查, 术后都有病理证实。93 例中择期手术 77 例, 急诊手术 16 例; 男 45 例, 女 48 例, 年龄范围 20~85 岁, 平均年龄 55 岁; 单纯合并糖尿病者 8 例, 单纯合并高血压者 14 例, 同时合并糖尿病和高血压 7 例, 其余 64 例无糖尿病、高血压等其他内科疾病; 既往有腹部手术史者 4 例。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求, 征得病人或其近亲属同意并签署知情同意书。

1.2 手术方法 采用标准三孔或四孔法, 中转取右侧肋缘下切口或腹直肌切口, 顺逆结合切除胆囊。

1.3 中转开腹原因 胆囊三角炎症粘连较致密, 解

剖不清,分离困难 50 例;腹腔广泛粘连,肝缘下完全封闭,镜下胆囊不能完全显露 25 例;合并 Mirizzi 综合征 8 例;胆囊消化道瘘 5 例;术中合并胆总管结石 3 例;术中出血 1 例;胆道变异导致胆道损伤 1 例。

2 结果

主动中转开腹 91 例,被动中转开腹 2 例(出血和胆道变异致胆道损伤各 1 例)。住院时间 7~90 d,中位住院时间 15 d。11 例病人出现切口脂肪液化,3 例出现术后胆漏,1 例合并内瘘病人术后出现消化道漏,再次手术。所有病人经积极地治疗恢复良好,均顺利出院,无死亡病例。所有病例至少随访 1 年,其中 5 例失访,其余均恢复良好。

3 讨论

自 19 世纪 80 年代第一例 LC 完成至今已有 30 多年历史。随着外科技术的发展,LC 已成为治疗胆囊良性疾病的首选治疗方法。但手术并发症仍时有发生。早期国外有文献报道中转开腹比率为 2%~15%^[2],本研究中的中转开腹比率为 2.17%,而同期杨骥等^[3]报道中转比率为 2.19%,国外 Sutcliffe 等^[4]报道中转开腹比率为 3.4%。由此可见,深入探讨 LC 中转开腹的原因,总结临床经验对提高手术疗效及手术安全性,避免手术并发症,减少医疗纠纷具有重要意义。

笔者分析认为目前中转开腹比例下降主要原因跟手术时机的选择和手术操作熟练程度有关。一方面,对于胆囊结石伴慢性胆囊炎多择期行 LC,成功率较高。对于胆囊结石伴急性胆囊炎,过去认为不宜选择腹腔镜手术,经过多年来的发展,急性胆囊炎期已成为腹腔镜的相对禁忌证。魏彬等^[5]研究发现发病在 48 h 以内的急性胆囊炎是腹腔镜手术的最佳时机,朱森林^[6]研究也提示 72 h 以内的急性胆囊炎行腹腔镜手术是安全的。根据笔者经验,一般发病超过 72 h 的胆囊结石伴急性胆囊炎急诊手术时,可选择腹腔镜下尝试分离胆囊三角,一旦发现分离困难、结构辨认不清需果断中转开腹,避免引起严重后果。本研究得出胆囊结石伴急性胆囊炎急诊手术时中转开腹比例高达 17.2%,因此也有些学者认为急性炎症可作为中转开腹的一个独立危险因素^[7]。故越来越多的病人愿意择期行 LC。另一方面,随着腹腔镜技术的普及与推广,越来越多的医生已经熟练掌握 LC 的手术技巧。本院开展 LC 已近 20 年,并不断总结经验,这些因素均在一定程度上降低了中转开腹率。

本研究中有 50 例胆囊三角解剖不清和 25 例腹腔广泛粘连选择中转开腹,所占中转开腹比例分别

为 53.8% 和 26.9%。其中 36 例病人有炎症反复发作史,3 例既往有上腹部开放手术史。此类病人若术中强行在镜下分离容易导致肝脏、肠道的破裂,本研究中 3 例既往有手术史的病人腹腔内粘连严重,均主动中转开腹,成功地避免其他脏器损伤。

本研究中 Mirizzi 综合征 8 例,主要是颈部结石长期嵌顿导致。如果术前磁共振检查高度怀疑 Mirizzi 综合征,强行在腹腔镜下分离,会增加肝总管的损伤。8 例病人均主动中转未见副损伤。胆囊消化道瘘 5 例,占 5.4%。本组研究中 1 例因为胆囊十二指肠瘘行瘘口修补,术后未放置胃肠减压导致瘘口修补失败再次手术后治愈。3 例病人术后出现胆漏,2 例属于轻度胆漏,经抗感染、腹腔引流、营养支持等保守治疗后恢复良好,顺利出院。根据笔者经验保持腹腔引流管通畅是治疗术后胆漏的重中之重。

术中共发现胆总管结石 3 例,占 3.2%。术中发现胆总管增粗明显,都主动中转行胆总管探查 T 管引流,术中取尽胆总管结石,术后跟家属解释到位,未出现医疗纠纷,均恢复良好,顺利出院。

1 例胆囊动脉术中出血和 1 例胆道变异导致胆道损伤均被动中转开腹。其中胆囊动脉出血的病人在镜下尝试数次止血后,均因出血较快视野模糊,无法准确夹闭血管而中转开腹。1 例胆道变异病人,术中解剖未完全显露,没有发现变异的副肝管,导致损伤后被动中转开腹处理,且术中未处理好,术后出现胆漏,共住院治疗 90 d 后才出院,此种情况最容易产生医疗纠纷。胆道变异类型多种多样,是目前医源性胆道损伤的主要原因之一,也被认为是 LC 最严重的并发症^[8]。但也有学者认为术前充分了解胆道变异,术中提高警惕,胆道变异并没有增加胆道损伤的概率^[9]。

综上所述,在实施 LC 手术过程中,适时果断地选择中转开腹,是为了更安全有效地完成手术。可通过术前一些危险因素的分析,判断术中中转风险,以便提前做好手术预案,最大程度减少病人痛苦和手术并发症^[10-11]。笔者认为当镜下解剖不清时,没有充分辨认清楚的情况下避免盲目夹闭或切断组织,特别是一些管状样组织,若不能确保安全,就应该及时选择中转开腹。

参考文献

- [1] 吴志强,王卫东,刘清波.腹腔镜与开腹胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎的临床疗效对比[J].实用医学杂志,2017,33(13):2173-2175.
- [2] KAMA NA,KOLOGLU M,DOGANAY M,et al. A risk score for