

完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除九例临床分析

宋 研, 祁付珍

(南京医科大学附属淮安第一医院肝胆胰科, 江苏 淮安 223300)

【摘要】 目的 探讨完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除术的可行性。方法 回顾性分析 2009 年 2 月至 2014 年 4 月我院实施的 9 例完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除术患者的临床资料。结果 所有患者均在完全腹腔镜下完成胆总管囊肿的游离和切除, 空肠 Roux-Y 吻合、肝管空肠吻合。手术时间为 3~5 h, 术后住院天数为 4~7 d, 均痊愈出院。所有患者术后无胆汁漏、肠漏、肠梗阻等并发症, 全组无死亡病例。结论 完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除是安全可行的, 值得推广普及。

【关键词】 腹腔镜; 胆总管囊肿; 切除

【中图分类号】 R575.7 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)02-0244-03

胆总管囊肿是一种常见的先天性胆道疾病, 临床表现以腹痛、腹部肿块、黄疸为典型症状。本病可因反复发作的胆管炎导致肝硬化、癌变或囊肿破裂。因此该疾病一经发现, 应早期手术治疗。囊肿根治性切除、肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术是其最经典的治疗方法^[1]。而今, 随着腹腔镜技术的迅猛发展, 腹腔镜手术开始逐步应用于胆总管囊肿的治疗, 并取得理想成果^[2]。本文回顾性分析 2009 年 2 月至 2014 年 4 月我院 9 例行完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除术患者的临床资料, 探讨完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除术的可行性, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 9 例患者, 男性 6 例, 女性 3 例; 年龄 20~32 岁, 平均 24.5 岁。术前所有患者均行超声、CT、MRI (MRCP) 等检查, 确诊为胆总管囊肿, 其中, 合并胆总管结石 1 例, 合并胆囊结石 2 例, 1 例患者既往有阑尾炎手术史。6 例患者有明显上腹不适、疼痛等症状, 其中 1 例伴有黄疸, 2 例患者可触及上腹部包块。

1.2 手术方式 麻醉成功后建立气腹, 置入 Trocar 及腹腔镜和器械等。常规探查腹腔脏器, 探查胆总管与周围组织的粘连情况。游离胆囊三角, 在胆总管囊肿前方分离出胆囊动脉并夹闭、切断, 暂缓切除胆囊和切断胆囊管, 仔细分离扩张胆总管与周围组织, 解剖肝十二指肠韧带, 辨认肝门部结构(肝管、肝固有动脉、门静脉), 牵起胆囊管后游离胆总管囊肿(图 1), 提起胆囊和胆总管, 向肝门处剥离囊肿壁, 剥离至正常胆管下方 0.5 cm 切断肝总管, 近端肝总管修剪呈“喇叭”状以备吻合(图 2、图 3)。以超声刀等器

械紧贴胆总管囊肿向下剥离至近胰腺上缘处, 切开囊肿远端前壁, 如有胆总管结石予以取出。必要时术中可借助胆道镜辨别胆总管远端狭窄环与胰管开口处的位置关系, 于该处上方 0.5 cm 横断囊肿后壁。胆管远端用可吸收线贯穿缝扎(图 4)。距屈氏韧带约 15 cm 处用超声刀联合生物夹处理小肠系膜血管, 用腹腔镜下直线型切割缝合器(Endo-GIA)切断空肠。距离远端空肠断端约 50 cm 处、近端空肠距离断端 2 cm 处系膜缘对侧肠壁戳孔约 0.5 cm, 用 Endo-GIA 完成空肠侧-侧吻合, 残余吻合口用 4-0 可吸收线连续缝合(图 5、图 6)。腔镜下缝合系膜裂孔。将远侧空肠祥经结肠前提至肝总管切断处。在距空肠末端 2~4 cm 处的系膜缘对侧肠壁做与肝总管相应大小切口, 用 4-0 可吸收线与肝总管行后、前壁全层端-侧吻合(可以连续缝合或间断缝合)(图 7、图 8)。最后切除胆囊, 用专用标本袋取出标本, 标本送快速病理检查, 排除癌变。严格止血, 冲洗腹腔, 明确无活动性出血和胆漏, 于网膜孔处放置乳胶引流 1 根。取出操作器械。切口可吸收线缝合。

2 结果

本组 9 例患者均在完全腹腔镜下完成胆总管囊肿根治性切除术。手术时间 3~5 h, 平均 4 h, 术中失血量 100~200 ml, 胆肠吻合口直径 1.2~1.8 cm。术后当天即拔除胃管, 鼓励患者早期下床活动, 术后 2~3 d, 患者胃肠功能恢复, 开始进食流质饮食。术后第 1 天腹腔引流量 20~200 ml (淡红色), 第 2~3 天无明显引流液; 行超声或 CT 检查提示腹腔无积液, 予以拔除腹腔引流管。术后住院 4~7 d, 所有患者术后无胆汁漏、肠漏、肠梗阻等并发症, 全组无死亡病例。

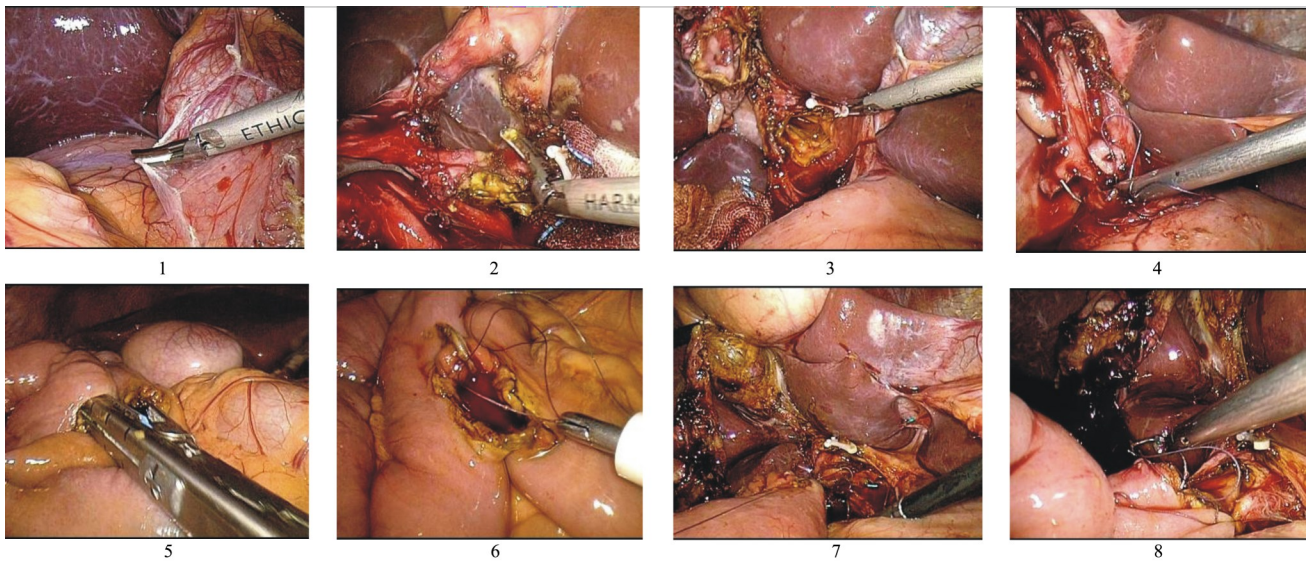


图1 游离胆总管囊肿;图2 切断胆总管囊肿;图3 近端肝管修剪呈“喇叭”状;图4 关闭远端胆管;图5 (Endo-GIA)肠肠吻合;图6 缝合残余吻合口;图7 胆肠吻合(后壁);图8 胆肠吻合(前壁)

3 讨论

传统开腹手术创伤大,手术对胃肠蠕动影响大,术后粘连机会多,并发症发生率高^[1]。1995年Farello等^[4]首次报道经腹腔镜途径胆总管囊肿切除、肝管空肠Roux-Y吻合术治疗胆总管囊肿。国内由李龙等^[5]在2002年首次开展了此项技术。近年来,随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜逐步应用肝胆外科常见疾病的手术治疗,并取得良好的治疗效果。现在,腹腔镜胆总管囊肿切除已逐步成为临床治疗胆总管囊肿的常规手术方式。但大多数是由体外行辅助肝肠吻合术^[5]。当今,随着腹腔镜技术的不断提高,使得完全腹腔镜胆总管囊肿切除术成为可能,并逐步普及。本组9例患者均行完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除,且均取得良好治疗效果。

完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除术与传统开放手术相比具有以下优势:(1)腹腔镜下视野全面,而且腹腔镜具有放大功能,可将组织放大至4~8倍,因而能清晰显示囊肿周围的血管结构,便于术中操作、减少出血,避免损伤周围组织结构等^[6];解决肝门部手术野不易显露等问题。(2)腹腔镜属于微创治疗,创伤小,患者术后痛苦少,方便患者术后早期下床活动,减少肺部并发症,同时又能较好防止血栓形成,有利于患者的快速康复。(3)腹腔镜手术对腹腔内脏器干扰小,明显减少了术后发生肠粘连的机会^[7]。(4)患者术后腹部疤痕小,美观,满足患者心理要求。(5)因无明显切口,减少和避免了术后切口感染、切口疝的发生率,也使得患者术后恢复快,住院时间短。

在对患者进行完全腹腔镜胆总管囊肿根治性切除时因注意以下几个方面:首先,病例和手术时机的选择:胆总管囊肿共分五型,我们认为对I型(胆总管

囊性扩张)和II型(胆总管憩室)患者行完全腹腔镜下手术效果较好。本组9例患者均为I型,手术在患者非急性胆管炎发作期,胆管无明显炎症、水肿时进行易于腹腔镜下吻合。其次在分离、解剖胆囊三角时,暂不切断胆囊管,术前发现胆囊有结石时可夹闭胆囊管,这样在游离切断胆总管囊肿时可以通过牵拉胆囊来暴露胆管和周围组织,既能防止胆囊内小结石通过胆囊管滑落胆总管,又能方便操作。在切断胆总管时,为了确保不损伤胰管,必要时可借助胆道镜检查。在分离囊肿后壁时要紧贴囊肿进行,避免损伤门静脉引起大出血。囊肿切除要彻底,肝总管修剪后呈“喇叭”状,便于吻合。用Endo-GIA肠-肠吻合后,对残余吻合口连续缝合时可借助肠钳帮助,提高缝合时稳定性。胆-肠吻合时要注意吻合口的大小合适、张力适中,缝合针距、边距一致。有学者认为可以用PROLENE线完成肝总管空肠吻合^[8],但因PROLENE线为非可吸收缝线,笔者还是建议胆肠吻合尽量使用可吸收缝线缝合。术后标本送快速病理,排除癌变。

胆总管囊肿一旦确诊,原则上应该尽早手术。虽然完全腹腔镜下胆总管囊肿根治性切除难度仍然较大,但笔者认为只要术者和助手均具备扎实的肝胆外科知识及腹腔镜手术操作技术,相互配合协作默契,选择适合的病例,术前严格掌握手术指征,充分评估手术的风险和并发症,全盘把握手术过程,完成该手术并不困难。随着腹腔镜技术的不断发展和医务人员水平的不断提高,腹腔镜可以完成的手术越来越多。近年来国外学者也越来越多的推荐完全腹腔镜胆总管囊肿切除术^[9]。由此可见,完全腹腔镜胆总管囊肿根治性切除术是安全可行的,值得推广普及。

个性化三线减张法鼻中隔矫正与传统矫正术的疗效比较

周诗侗¹, 后 群¹, 阮 标²

(1.红河州第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科, 云南 个旧 661000;

2.昆明医科大学第一附属医院耳鼻咽喉科, 云南 昆明 650000)

【摘要】 目的 探讨三线减张法矫正鼻中隔偏曲的个性化技巧和疗效及较传统方法的优缺点。方法 回顾性分析 312 例传统方法及 347 例个性化三线减张法鼻中隔矫正患者资料并进行比较。结果 三线减张组手术时间、出血量、黏膜破损率及鼻中隔血肿、鼻中隔摆动、鼻背塌陷发生率低于传统组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 两组鼻中隔矫正满意率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 个性化三线减张法鼻中隔矫正手术时间短、出血少、创伤小、并发症少, 最大限度保留了鼻中隔骨性支架, 更符合鼻腔的生理功能需要及微创原则。

【关键词】 内镜; 鼻中隔偏曲; 鼻中隔成形术; 三线减张

【中图分类号】 R765.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2015)02-0246-03

Comparison on the clinical efficacy of nasal endoscopic surgery for deviation of nasal septum with personalized three lines tension relaxing correction with traditional corrective surgery. ZHOU Shi-tong¹, HOU Qun¹, RUAN Biao². 1. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, the Third People's Hospital of Honghe, Gejiu 661000, Yunnan, CHINA; 2. Department of Otolaryngology, the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming 650000, Yunnan, CHINA

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy of nasal endoscopic surgery for deviation of nasal septum with personalized three lines tension relaxing correction and discuss its advantages and disadvantages, compared with traditional corrective surgery. **Methods** A total of 312 patients underwent traditional corrective surgery (the control group), and 347 patients underwent endoscopic surgery for deviation of nasal septum with personalized three lines tension relaxing correction (the study group). Their clinical data were retrospectively analyzed and compared between the two groups. **Results** The operative time, blood loss, mucosal damage rate and postoperative septal hematoma, septal swing, dorsum collapse of the study group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). However, no significant difference in satisfaction rate of correction under endoscopy was observed between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** With advantages of shorter operative time, less bleeding, less invasion and fewer complications, the endoscopic surgery for deviation of nasal septum with personalized three lines tension relaxing correction, which maximized the retention of the nasal bone scaffold, meets the needs of the physiological function of the nasal cavity and minimally invasive principles.

【Key words】 Endoscope; Deviation of nasal septum; Septoplasty; Three line tension relaxing

通讯作者: 周诗侗。E-mail: zst8476@163.com

参考文献

[1] Ohi R, Yaoita S, Kamiyama T, et al. Surgical treatment of congenital dilatation of the bile duct with special reference to late complications after total excision operation [J]. *Pediatr Surg*, 1990, 25: 613-617.

[2] Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K, et al. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction [J]. *Surg Endosc*, 2001, 15(6): 545-552.

[3] Diao M, Li L, Cheng W. Role of laparoscopy in treatment of choledochal cysts in children [J]. *Pediatr Surg Int*, 2013, 29(4): 317-326.

[4] Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, et al. Congenital choledochal cyst: video-guided laparoscopic treatment [J]. *Surg Laparosc Endosc*, 1995, 5(5): 354-358.

[5] 李 龙, 余奇志, 刘 刚, 等. 经腹腔镜先天性胆总管囊肿根治切除术的技术要点[J]. *中华普通外科杂志*, 2002, 7(8): 473-475.

[6] Hong L, Wu Y, Yan Z, et al. Laparoscopic surgery for choledochal cyst in children: a case of 31 patients [J]. *Eur J Pediatr Surg*, 2008, 18(2): 67-71.

[7] Laje P, Questa H, Bailez M. Laparoscopic leak-free technique for the treatment of choledochal cysts [J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2007, 17(4): 519-521.

[8] 段小辉, 蒋 波, 毛先海. 完全腹腔镜在先天性胆总管囊肿手术中的应用[J]. *中国普通外科杂志*, 2013, 22(8): 1057-1060.

[9] Palanivelu C, Rangarajan M, Parthasarathi R, et al. Laparoscopic management of choledochal cysts: technique and outcomes a retrospective study of 35 patients from a tertiary center [J]. *Am Coll Surg*, 2008, 207: 839-846.

(收稿日期: 2014-05-12)