

彩超对腹腔镜胆囊切除术的术前评估价值

游淑红,洪涛,黄琼,何小荣

(九江市第一人民医院功能检查科,江西九江 332000)

[关键词] 彩超;腹腔镜胆囊切除术;术前评估

中图分类号: 445.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)02-0135-01

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)是目前肝胆外科开展最普遍的一项微创外科手术,我院2005年6月~2007年12月施行LC 1 658例,现将术前彩超诊断评估手术难度进行回顾性分析,以探讨彩超术前评估对LC适应证选择的指导价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组1 658例LC患者,男708例,女950例;年龄10~89岁,平均46.3岁。术前均行彩超检查,手术及病理证实为胆囊疾病。仪器:GE vivid7、SIEMENS Acuson Sequoia 512彩超仪,凸状探头,频率3.5 MHz。手术使用德国狼牌腹腔镜手术系统。

1.2 方法 患者禁食8小时以上空腹检查,少数患者需素食1~3天后,再禁食8小时以上空腹检查。采用仰卧位、右前斜位、右侧位及膝胸卧位。经上腹部常规行横、纵切面扫查肝、胆、胰,重点扫查胆道系统,观察胆囊位置、大小、囊壁厚度、囊内异常回声大小及有无声影和可否移动、胆汁透亮度及充盈情况。观察胆总管、胆囊管、肝总管(“三管”)的情况,与上述“三管”的相互解剖毗邻关系,并做好记录。

2 结果

术前彩超诊断与手术及病理结果符合率为99.94%,1例为合并胆总管起始段囊状扩张并结石术前未发现。5例中转开腹胆囊切除术,LC成功率为99.70%,中转开腹原因:胆囊周围胆囊三角(Calot三角)严重粘连、纤维化、解剖不清3例,胆囊动脉出血1例,胆管损伤1例。

3 讨论

腹腔镜胆囊切除术较传统的开腹胆囊切除术具有创伤小、痛苦轻、病程短、风险小及恢复快等优点,但也存在视野小、操作较复杂等,所以LC成功与否,手术适应证的选择、术前预测手术难度及解决方案是关键,也是降低中转开腹手术

及并发症的前提。彩超检查不仅可以明确胆囊和结石的大小、部位,胆囊壁厚度,与周围结构的关系,肝内外胆管有无结石、是否通畅,还可以观察Calot三角区胆管、胆囊管、肝固有动脉、门静脉走行及相互关系。

LC术前彩超检查的重点:①胆囊及Calot三角区结构:严重粘连、结构不清,特别是胆囊颈与肝外胆管之间有粘连,术中容易并发出血和胆管损伤,本组术前彩超提示81例均经手术证实。②肝固有动脉:注意其走行及血流情况,大多数肝固有动脉走行于门静脉前方、胆总管左侧^[1],本组1例肝固有动脉走行于门静脉后方,手术发现合并胆囊动脉过早分成二支。胆囊动脉变异较多,越来越受到重视。当处理一支动脉后,若提起胆囊颈部又遇到“搏动”的血管,应按胆囊动脉变异处理^[2]。③胆囊位置:胆囊与肝脏的解剖关系,本组2例提示部分肝内型胆囊,其中1例无法完全与肝脏分离,行胆囊大部分切除后将残余粘膜予以烧灼。④胆囊壁厚度:胆囊壁厚度>4 mm,提示粘连严重,特别是萎缩性胆囊炎并结石,缺乏胆囊壁浆膜下间隙,使手术难度加大,胆囊摘除后极易发生胆囊床出血。⑤胆囊大小:胆囊过大说明胆囊张力大,致胆囊摘除困难;过小通常为胆囊萎缩,胆囊壁失去正常层次,亦使手术难度增大。⑥肝外胆管是否通畅:胆管无梗阻是选择LC的前提。

本组资料显示,只要彩超检查能做出正确的术前评估,LC对任何胆囊结石及胆囊良性病变都不是手术禁区,根据术前评估提示上述六种情况的,选择有经验的LC手术医师并制定恰当的手术方式及各种处理预案,是降低中转开腹、避免并发症的重要保证。

参考文献

- [1] 吴乃森.腹部超声诊断与鉴别诊断学[M].2版.北京:科学技术文献出版社,2001:24.
- [2] 刘志坚,段永辉.腹腔镜胆囊切除术胆囊动脉出血的预防和处理[J].中国实用外科杂志,2006,26(5):380.

(收稿日期:2008-02-11)

(本文编辑 黄攸生)

作者简介:游淑红(1975-),女,江西宜春人,本科,主治医师,从事超声专业。