

腹腔镜阑尾切除术 256 例报道

王育生 郭献庭

(洛阳轴承集团公司总医院腔镜外科, 洛阳 471039)

中图分类号: R656.8

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2008)06-0565-01

随着腹腔镜阑尾切除术(laparoscopic appendectomy, LA)手术方法和技术的成熟以及费用的逐步降低,这一原本有争议的手术逐渐被大多数外科医师所接受,应用范围日益扩大。我院 2002 年 2 月~2006 年 12 月施行 LA 256 例,均获成功,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 256 例,男 136 例,女 120 例。年龄 12~69 岁,平均 26 岁。选择体型偏瘦,发病至就诊时间在 48 小时以内的急性阑尾炎及慢性阑尾炎,体检或 B 超检查未发现炎性包块者。右下腹疼痛在 24 h 以内 134 例,24~48 h 64 例,慢性右下腹隐痛 58 例。右下腹压痛 210 例,伴局限性腹膜炎 64 例。白细胞 $>15 \times 10^9/L$ 154 例,体温 $>37.5^\circ\text{C}$ 178 例。

1.2 方法

采用硬膜外麻醉(20 例)或腰麻硬膜外联合麻醉(236 例),术中根据盲肠游离情况及术者熟练程度,分别采用 4 种手术方法,其中 10 mm 观察孔均建立在脐上缘。①三孔法(85 例):左右下腹分别置 5 mm, 10 mm trocar, 5 mm trocar 内置入抓钳,提起阑尾,伸展阑尾系膜,从右下腹 10 mm trocar 放入分离钳,在阑尾系膜根部分离开阑后上 1~2 枚钛夹,在钛夹上方电凝切断阑尾系膜;对阑尾动脉的处理也可用电凝的方法。对阑尾根部较细的可直接上 2 枚钛夹,在钛夹间剪断阑尾;对阑尾根部较粗的可用圈套器结扎或腔内打结结扎,在扎线远端再上 1 枚钛夹,在二者之间剪断阑尾。阑尾残端电灼、碘伏处理,阑尾直接从 10 mm trocar 内取出或置于标本袋内取出。②三微孔法(93 例):左右下腹部均置 5 mm trocar,分离阑尾系膜后放入长 8 cm 7 号线一根,绕过阑尾系膜腔内打结,线结上方凝断阑尾系膜,也可直接用电凝处理系膜及阑尾动脉。阑尾根部处理可用套扎或以 7 号腔内打结结扎 2 道,在 2 道结扎线间剪断阑尾,残端电灼、碘伏处理,然后更换 5 mm 腹腔镜由左下腹 trocar 置入,将阑尾直接从脐上缘置镜孔 trocar 内取出或置于标本袋取出。③二孔法(53 例):右下腹麦氏点置入 10 mm trocar,放入抓钳将阑尾直接拉入 trocar 内,放气同时拔出 trocar 并提阑尾于腹腔外,以 1% 利多卡因封闭系膜,常规开腹法切除阑尾,残端不做荷包缝合。④二微孔法(25 例):右下腹麦氏点置入 5 mm trocar,放入抓钳,提起阑尾,在腹腔镜观察下边退镜边将阑尾送入脐上缘 trocar 内,在拔出 trocar 的同时将阑尾带出腹腔外,以 1% 利多卡因封闭系膜,常规切除阑尾,残端不做荷包缝合。

2 结果

本组 256 例手术全部成功,手术时间 20~70 min,平均 35 min。术后 6 h 进流食并下床活动。住院时间 2~6 d,平均 3 d。经手术及病理证实急性单纯性阑尾炎 128 例,化脓性阑尾炎 46 例,坏疽穿孔阑尾炎 14 例,慢性阑尾炎 68 例。除 3 例术后戳孔感染外,无出血、肠瘘、腹腔残余脓肿等并发症。196 例随访 6~12 个月,无肠粘连症状。

3 讨论

长期以来,LA 之所以存在争议^[1],原因不外两点:其一,部分外科医师认为阑尾切除术本身为一小手术,可通过小切口很容易完成,创伤并不大,没有必要行腹腔镜手术。其二,LA 麻醉费用及手术费用均高出开腹手术,增加了患者的经济负担。因而认为 LA 费时、费事又费钱^[2],没有看到 LA 有传统开腹手术不可比拟的优点。LA 具有创伤小、恢复快、住院时间短、切口痛及戳孔感染率低^[3]、瘢痕小符合美学要求等优点,已被广大医患所接受。目前,LA 已广泛应用于临床,开腹切除阑尾治疗急性阑尾炎的传统观念面临着腔镜外科发展的挑战^[4]。

3.1 麻醉及气腹压的选择

本组首选腰麻硬膜外联合麻醉(穿刺失败者用硬膜外麻醉),较单纯的硬膜外麻醉腹肌更松弛,效果好。另外,采用低气腹压,压力 $<10\text{ mm Hg}$,对病人的呼吸、循环影响较小^[5]。

3.2 手术方法选择

在开展 LA 初期,由于受器械和熟练程度的影响,我们均采用三孔法 LA。随着经验的积累,缝合打结技术的提高以及器械的改进,LA 逐渐过度到了三微孔法,但三微孔法需要术者有熟练的腔内打结技术。二孔法要严格掌握手术适应证,主要用于慢性阑尾炎,对于盲肠相对游离,估计能从右下腹麦氏点拉出腹腔外的,可用二孔法 LA;对于盲肠极度游离,腹壁较薄者,估计能从脐上缘戳孔拉出者,可采用二微孔法 LA。急性化脓性阑尾炎和坏疽性阑尾炎应用二孔法 LA,容易污染戳孔而致感染,本组 3 例戳孔感染即是。

3.3 阑尾系膜及残端的处理

我们对二孔法 LA 术中常规用 1% 利多卡因封闭系膜,可以减轻患者术中恶心、上腹部疼痛,有利于术中操作。三孔法术中阑尾系膜及动脉采用钛夹和电凝的方法处理,有学者认为电凝切断阑尾动脉是安全可行的^[6]。残端用碘伏及电凝处理,无须包埋残端。

参考文献

- 舒柏荣,张克难,聂传庚,等.腹腔镜阑尾切除术 1261 例报告.腔镜外科杂志,2002,7(1):38-39.
- 亓玉忠,胡三元,张建良,等.腹腔镜阑尾切除术的应用价值.中国内镜杂志,1999,6(3):59-60.
- 陈道瑾,甘毅,吴君辉,等.腹腔镜下钛夹法治疗阑尾炎(附 213 例报告).中国内镜杂志,2004,10(9):60-62.
- 黄志强,主编.现代腔镜外科学.北京:人民军医出版社,1996. 206-207.
- 郭献庭,王明东.用微型腹腔镜低气腹压行阑尾切除术 32 例报告.河南外科学杂志,2003,9(1):47-48.
- 江涛,周旭坤,李平,等.腹腔镜阑尾切除术 368 例报告.中国微创外科杂志,2006,6(3):193-194.

(收稿日期:2007-05-08)

(修回日期:2007-07-16)

(责任编辑:王惠群)