

## · 个案报告 ·

## 全内脏异位行腹腔镜胆囊及阑尾联合切除术 1 例报告

郭世奎<sup>①</sup> 龚昆梅<sup>②</sup> 包维民<sup>②</sup> 王昆华<sup>②</sup> 吴政谦

(云南省昭通市中医医院外科, 昭通 657000)

中图分类号: R656.8

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2010)02-0189-02

全内脏异位患者解剖位置与正常人完全相反, 极易造成误诊及手术误伤, 给手术带来了一定的困难, 尤其是行腹腔镜手术时, 要求术者具备精确的空间方位感和全面的解剖知识。现对我院全内脏异位行腹腔镜胆囊及阑尾联合切除术 1 例报道如下。

## 1 临床资料

患者男, 38 岁。因反复上腹不适 2 年, 伴左下腹隐痛 1 个月, 加重 1 d 于 2008 年 8 月 2 日入院。患者入院前 1 个月有左下腹剧烈疼痛史, 经抗炎、对症支持治疗后好转, 随后左下腹持续的隐痛。入院查体: 一般情况稍差, T: 38.0 °C, P: 80 次/min, R: 20 次/min, BP: 110/75 mm Hg, 神志清楚, 皮肤、巩膜无黄染, 心尖搏动位于右锁骨中线与右第 5 肋间隙交界外 0.5 cm, 心率: 80 次/min, 心律齐, 各瓣膜区未闻及病理性杂音, 双肺(-), 腹部平坦, 未见胃肠形及蠕动波, 左上腹深压痛, 左下腹在脐与左髂前上棘连线中外 1/3 交点处压痛明显, 无反跳痛及肌紧张, 左侧莫非征(+), 腰大肌征(+), 肠鸣音正常。入院后 B 超提示肝、胆、脾脏反位, 胆囊炎伴多发结石; 胸透示镜位心; 心电图: 窦性心律, 右位心。钡灌肠示阑尾钡剂充盈。血常规 WBC:  $11.0 \times 10^9/L$ , N: 80%。生化检查示 ALT、AST、TBIL、ALP、 $\gamma$ -GT 正常, 凝血筛选正常。入院诊断: ①胆囊结石并慢性胆囊炎; ②慢性阑尾炎可能; ③全内脏异位。入院后在全麻下行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC), 取头高脚低位, 左侧躯体抬高 20°。气腹压力设定为 12 mm Hg。术者站于右侧, 一助站于左侧, 持镜者站于右侧术者下方, 器械护士站于一助下方。常规建立气腹后穿刺放置 4 个 trocar, 脐部 10 mm trocar 为放置腹腔镜的观察孔, 左侧锁骨中线肋缘下 3 cm 处放置 5 mm trocar 作为主操作孔, 剑突下方 4 cm 处放置 10 mm trocar 作为辅

助操作孔, 左腋前线肋缘下 5 cm 处放置 5 mm trocar 作为辅助操作孔。术中再次证实为全内脏异位, 见肝、胆囊位于左上腹, 阑尾位于左下腹, 胆囊区及左下腹无明显粘连。解剖胆囊三角时, 助手向左上方牵拉协助暴露, 胆囊钳固定胆囊后, 沿胆囊壶腹部切开胆囊三角前后方的浆膜层, 解剖胆囊管, 通过胆囊管上方解剖胆囊动脉, 见胆囊管由左侧汇入胆总管, 管径约 0.2 cm, 胆囊动脉仍来源于肝右动脉但向左分布于胆囊, 位于胆囊管左上方, 辨清胆囊管、胆囊动脉及与胆总管的关系后夹闭胆囊管和胆囊动脉, 顺逆结合切除胆囊。然后取头低脚高位, 左侧躯体抬高 20°, 用观察镜观察左下腹, 找到阑尾后, 见阑尾粗、短而坚韧, 其系膜短、厚且僵硬, 证实为慢性阑尾炎。行腹腔镜阑尾切除术(laparoscopic appendectomy, LA), 抓钳抓住阑尾, 在观察镜指导下, 于左侧反麦氏点处取 2 cm 斜切口, 将阑尾自切口拖出, 常规切断阑尾, 包埋残端, 放回腹腔, 缝合切口。再次充气后从剑突下戳口取出胆囊, 手术时间 1 h, 术中用小纱条 2 条, 出血量约 5 ml, 术后 3 d 出院。病理报告: 胆囊结石, 慢性胆囊炎; 慢性阑尾炎。出院诊断: ①胆囊结石合并慢性胆囊炎; ②慢性阑尾炎; ③全内脏异位。术后 6 个月及 1 年门诊随访 2 次, 无腹痛、腹胀等异常情况, 饮食可。

## 2 讨论

全内脏异位是罕见的先天畸形, 其在体内呈“镜影”分布<sup>[1]</sup>, 解剖位置与正常人相反, 一旦内脏器官发生病变, 临床表现即与常人相异, 极易造成误诊及手术误伤。术前通过 B 超、心电图、X 线等检查可以明确内脏异位的诊断。术中由于手术操作的习惯、视觉、方位的改变, 手术时感到不顺手, 因此, trocar 及术者位置必须恰当。术者、一助和电视镜头宜分别转换 180°的位置, 使术者换位于患者右侧,

① 现为昆明医学院 2008 级研究生

② (昆明医学院附属昆华医院 云南省第一人民医院普外一科, 昆明 650032)

以利操作。脐部及剑突下 trocar 位置不变,另 2 个辅助 trocar 位置均取传统右位胆囊辅助孔的对称点。术中操作的位向变化易于错乱,不慎可造成误伤胆总管、右肝管、肝动脉等并发症。这就要求术者操作时要迅速适应反方向方位感,控制好操作速度和准度<sup>[2]</sup>,手要稳,牵拉适度,一次切割组织不宜太多,尽量点切。阑尾切除后,切口距离胆囊远,患者全内脏异位,腹腔镜下操作不便,我们选择按常规从剑突下戳口取出胆囊。

微创一直是外科学追求的境界<sup>[3]</sup>,全内脏异位腹腔镜手术与传统手术相比不同之处在于解剖位置的改变,胆囊管汇入点变异,极易发生肝外胆管、胆总管等的损伤。手术的关键在于术中患者的体位,腹部戳孔位置的选择,准确的判断及精细的操作。

(上接第 184 页)

导致腹腔积脓,或阑尾位于腹膜后位时,或体形肥胖腹壁太厚,需行传统开腹手术或二孔法、三孔法 LA 术。因此,腹壁较薄的小儿、青少年,体形偏瘦,发病时间短的患者最适宜采用此术式。发病时间较长,阑尾包裹粘连较严重,腹腔镜下阑尾分离、切除困难。

阑尾系膜及根部和切口处理:阑尾系膜较薄者,血管清晰可见,可直接用电凝钳分段多次电凝动脉后切断;如果阑尾系膜较肥厚,可先在阑尾系膜根部结扎,远端电凝后切断,可不使用超声刀等昂贵的器械。若阑尾因系膜短,不易全部提出,可提出一点处理一段阑尾系膜,直至其根部完全显露。一般情况下,阑尾拖出后多可顺利切除。在阑尾系膜肿胀、阑尾炎症较重而阑尾不能展开时,大束结扎易造成结扎不紧,应分段结扎,阑尾残端应保留 0.5 cm,电灼残端黏膜。因阑尾自穿刺孔拖出,可能污染切口,有致切口感染的可能。阑尾拖出时应严格无菌操作。本组 32 例均无切口及腹腔感染。在送还腹腔后,应重建气腹置镜检查阑尾残端是否结扎到根部,结扎是否牢靠,回盲部有无撕裂,阑尾系膜有无出血,腹腔脓液是否吸净,这对预防手术并发症也很重要。

脐部单孔腹腔镜阑尾切除术的适应证较窄,不作为常规腹腔镜阑尾切除术的选择<sup>[5]</sup>。但该术式对

因此,只要术前明确诊断,术中审慎操作,全内脏异位 LC 联合 LA,均可顺利完成。

## 参考文献

- 1 Bartram U, Wirbelauer J, Speer CP. Heterotaxy syndrome-asplenia and polysplenia as indicators of visceral malposition and complex congenital heart disease. *Biol Neonate*, 2005, 88(4): 278-290.
- 2 吴政谦,宋万永,郭世奎,等.全内脏逆位腹腔镜胆囊切除术 2 例报告. *微创医学*, 2008, 3(1): 62-63.
- 3 王 宇. 微创外科的发展与未来. *中国微创外科杂志*, 2005, 5(1): 7-9.

(收稿日期:2009-07-15)

(修回日期:2009-11-10)

(责任编辑:李贺琼)

病人的创伤小,恢复快,瘢痕小,有很好的美容效果。只要病例选择恰当,腹腔镜操作技术熟练,手术安全且成功率高。使用腹腔镜辅助方法并未明显增加手术难度,容易掌握,与开腹手术方法寻找阑尾的步骤相似,而且腹腔镜探查后,抓钳与腹腔镜 trocar 平行,直指阑尾,可以更迅速地夹住阑尾盲端。对于发病时间较长,腹膜炎比较明显,腹腔内粘连严重、积脓较多的病例,只能作为探查手段,切除阑尾的操作仍然存在较大困难,有待于今后临床工作中进一步改进。

## 参考文献

- 1 叶 明,周汉新. 小儿腹腔镜外科学基础. 武汉:湖北科技出版社, 2003. 284-289.
- 2 周辉霞,周 欣,卞红强,等. 二孔法腹腔镜小儿阑尾切除术的体会. *中华小儿外科杂志*, 2003, 24(3): 232.
- 3 李庆浩,时继东,张其海,等. 二孔法儿童微型腹腔镜阑尾切除术. *临床小儿外科杂志*, 2004, 3(1): 17-18.
- 4 罗 健,黄 原,刘 坤,等. 单孔法辅助性腹腔镜阑尾切除术. *中华消化内镜杂志*, 2000, 17(5): 293-294.
- 5 黄建彪,郑小锋. 脐部单孔双 Trocar 腹腔镜阑尾切除术 27 例. *中国现代手术学杂志*, 2006, 10(5): 357-358.

(收稿日期:2009-04-06)

(修回日期:2009-11-16)

(责任编辑:王惠群)