

腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术在基层医院的临床应用

张 浩 陈晓明 臧光炬 唐善梅

(江苏省宿迁市泗洪县中医院外科, 宿迁 223900)

中图分类号: R657.4; R656.8

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2010)08-0757-02

腹腔镜手术因其微创优势得以在临床科室广泛开展, 随着手术经验的积累和技术水平的提高, 多种疾病的腹腔镜联合手术也日益受到重视。2007 年 1 月~2010 年 1 月, 我院行 35 例腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC, laparoscopic appendectomy, LA), 效果满意, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 35 例, 男 19 例, 女 16 例。年龄 21~55 岁, 平均 33 岁。根据病史、临床症状、体征、实验室检查、B 超及钡灌肠等诊断为胆囊结石 24 例 (其中急性胆囊炎 15 例), 胆囊息肉样病变 11 例, 合并急性单纯性阑尾炎 20 例, 慢性阑尾炎 15 例。

急性胆囊炎 15 例, 发作时间 1~3 d, 有典型剑突下、右上腹部疼痛伴肩背放射痛, 有轻微畏寒、发热, 体检以剑突下、右上腹部压痛为主。Murphy 征阳性。B 超提示胆囊壁增厚 (3.5~6 mm), 胆囊结石, 胆囊周围积液, 胆总管直径 <8 mm。慢性胆囊炎 20 例, 有 3 个月~10 年反复右上腹痛病史, B 超提示胆囊壁粗糙增厚欠光滑, 边缘毛糙。其中 9 例见 X 线阳性结石影。胆囊息肉样病变 11 例, 息肉 0.6~1.2 cm, 1~5 枚, 基底宽, 表面不规则, 胆总管 <8 mm。

阑尾炎病程 6~72 h, <24 h 22 例, 24~48 h 8 例, 48~72 h 5 例。急性单纯性阑尾炎 20 例, 有典型转移性右下腹痛或右下腹痛病史, 伴低热 8 例, 恶心、呕吐 12 例, 体检右下腹麦氏点有固定压痛点, 12 例伴反跳痛; 慢性阑尾炎 15 例。15 例钡灌肠均有阑尾位置固定及排空延迟, 其中 4 例阑尾不规则膨大。

实验室检查: 白细胞升高 18 例, (10.4~

16.3) $\times 10^9/L$; 中性粒细胞升高 12 例, 72.0%~82.2%; 总胆红素升高 9 例, 24.3~26.8 $\mu\text{mol/L}$; 直接胆红素升高 5 例, 6.9~9.2 $\mu\text{mol/L}$; 丙氨酸转氨酶 (ALT) 升高 6 例, 43~52 U/L; 天冬氨酸转氨酶 (AST) 升高 3 例, 41~61 U/L; γ -谷氨酰转肽酶 (GGT) 升高 3 例, 54~68 U/L。肝功能异常者术前结合彩超及 CT 排除胆总管结石。

病例选择标准: 胆囊、阑尾良性病变; 无严重炎症发作及其他严重合并症; 急性发作 <72 h。

病例排除标准: 既往有多次腹部手术史, 或发生过腹膜炎, 或腹腔内曾经注射药物治疗者; 瘢痕体质。

1.2 手术方法

均采用气管插管全身麻醉 + 硬膜外联合麻醉。先头高足低左倾 15° 斜体位, 于脐上皮肤皱褶处做一约 10 mm 横向弧形切口, 置入气腹针, 建立 CO_2 气腹, 压力维持在 12 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 置入 10 mm trocar, 再放入 30° 腹腔镜, 在腹腔镜监视下, 于剑突下 2 cm 处相当于右肝下缘做 10 mm 皮肤横切口, 刺入 10 mm trocar 自肝缘韧带右侧穿出, 作为主操作孔。再于右腋前线稍前方做一垂直线, 与平脐水平线交叉点处穿入 5 mm trocar 作为辅助孔。经此孔置入牵拉钳, 以协助牵拉胆囊和阑尾。用分离钳或电凝钩解剖 Calot 三角, 电凝钩紧贴胆囊壶腹下方钩开三角前后浆膜层, 按“象鼻子”原则^[1]分离、贯穿 Calot 三角, 细心游离出胆囊管和胆囊动脉, 分辨清三管关系后, 依次予 5 mm 钛夹夹闭后切断。用电凝钩顺逆结合剥离下胆囊置入标本袋中待取出。再取头低足高左倾 30° 体位, 30° 腹腔镜放入剑突下穿刺孔, 脐上缘穿刺孔此时作为主操作孔使用。用电刀或超声刀离断阑尾系膜至阑尾根部, 阑尾根部用圈套器双重套扎或双重钛夹夹闭, 距阑尾套扎线远端 0.5 cm 处切除阑尾, 一并放入标本

袋中,阑尾根部黏膜用电凝烧灼,不做荷包缝合。标本从脐上孔取出,送病理检查。再次用腹腔镜全面检查腹腔无胆漏、肠漏、出血及其他副损伤。全层缝合剑突下及脐上穿刺孔筋膜层。辅助操作孔不缝合,创可贴或切口胶带拉紧闭合切口。若渗血、渗液较多则放置腹腔引流。

2 结果

35 例手术均获成功,无手术并发症。手术时间 30 ~ 90 min,平均 45 min。术中出血 < 20 ml,均未放置腹腔引流。住院 3 ~ 7 d,平均 5 d。术后 6 h 进流质饮食,逐步过渡到普食,术后第 1 天下床活动。全组无胆漏、粪漏、出血、盆腔脓肿、操作孔感染等并发症。均康复出院。术后病理示胆囊结石 24 例(其中急性单纯性胆囊炎 15 例),胆囊胆固醇息肉 11 例;急性单纯性阑尾炎 20 例,慢性阑尾炎 15 例。31 例(88.6%)随访 1 ~ 32 个月,平均 24 个月,其中 24 例 > 12 个月,无发热、黄疸、腹痛、腹泻、消化不良等症状,饮食正常。

3 讨论

腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术是一种临床常见的腹腔镜联合脏器切除术式。此术式手术视野开阔、清晰,可以直视下全面探查腹腔,避免漏诊、误诊,术后下床活动、进食早,住院时间短,住院费用少,可以较早恢复工作^[2]。我们通过对辅助操作孔的合理设计,充分利用主操作孔和观察孔可以互换的特点,在减少一个操作孔的情况下,顺利完成了本组手术,满足了患者微创与美容相结合的心理需要。

腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术手术适应证主要有:①有症状的慢性阑尾炎、慢性胆囊炎、胆石症;②病程不超过 72 h 的急性阑尾炎、非结石性急性胆囊炎、胆石症急性胆囊炎发作;③无症状胆石症合并糖尿病、巨大结石(> 2 cm)、多发性结石;④胆囊息肉 > 1 cm 或短期内进行性增大或有胆囊炎症状;⑤术前或术中检查明确胆总管无结石,术中可以容易地暴露出阑尾和胆囊;⑥术前或术中检查排除胆囊或阑尾恶性肿瘤。我们要严格掌握手术适应证,不能任意扩大,对于无临床症状的阑尾和胆囊更不能作为附加手术而予切除。同样,对于伴有心肺等重要脏器疾病无法耐受麻醉手术者或有多次腹部手术史,腹腔粘连严重,解剖变异致解剖关系不清,无法显露阑尾或胆囊等禁忌证患者,不可以强行手术。

腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术是在单个脏器腹腔镜手术的基础上发展来的一种术式,有一定技术难度和手术技巧。急性炎症期胆囊炎或阑尾炎,组织多严重水肿、充血、粘连、解剖不清,行腹腔镜手术治疗较为困难,手术难度较大,我们认为病程 3 天内手术治疗是安全的。术中若发现胆囊与周围组织粘连严重,首先应沿肝脏边缘分离,显露出部分胆囊壁,再紧贴胆囊壁利用分离钳及吸引器轻柔分离,将粘连组织提起,分清无肠管等重要组织后再电凝切断,逐步向四周扩大,显露出整个胆囊及三角。我们一般先从后三角开始分离,尽可能先不从前三角分离,以免损伤胆囊动脉引起出血,造成视野不清。逐步显露出胆囊管走向后,再分离前三角,显露出胆囊动脉予离断,减低三角内张力,增加胆囊与肝外胆管距离,将三角内组织游离至胆囊床下缘胆囊壶腹部,确认胆囊管与胆总管关系无误后再离断胆囊管。靠近胆总管处尽量不用电凝钩,以免热传导损伤致肝外胆管狭窄。术中若发现阑尾与周围组织粘连,先牵拉粘连带用电凝钩切断或撕断,再展开阑尾系膜,用电刀或超声刀离断阑尾系膜至阑尾根部。遇到粘连严重时巧用吸引器钝性分离并与电凝钩有机结合,有时能起到事半功倍的效果。术中如遇到解剖十分困难、变异、不易控制的出血、肠漏等,腹腔镜下处理有困难时要果断中转开腹^[3],不能一味追求成功率,而增加医疗风险。

腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术有一定技术难度,因此选择患者及手术操作非常重要,我们的经验是开展初期尽量选择无炎症发作、急性期病程短、腹部体征轻的胆囊结石和阑尾炎患者,或胆囊息肉、慢性阑尾炎患者,此类患者无炎症粘连,解剖比较容易,可以安全操作。本组未发生手术并发症。随着技术水平的提高,临床经验的积累,手术指征可以进一步放宽。

参考文献

- 1 张 华,董 冰,龚 敏,等. 93 例急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术的体会. 中国微创外科杂志, 2006, 6(12): 928 - 930.
- 2 周兆波,李新华,李红姿,等. 腹腔镜胆囊阑尾联合切除术应用体会(附 16 例报告). 微创医学, 2007, 2(2): 151 - 152.
- 3 张金芳,王金江,杨红德,等. 320 例腹腔镜胆囊切除术无胆管损伤的体会. 中国微创外科杂志, 2005, 5(2): 164 - 165.

(收稿日期: 2009 - 11 - 11)

(修回日期: 2010 - 05 - 10)

(责任编辑: 王惠群)