

电视腹腔镜胆囊摘除术 580 例报告

江长清 鲜其福 胡换春 许春华
(江西省南昌市第五医院普外科 南昌 330001)

关键词:电视腹腔镜;胆囊摘除术;临床观察
中图分类号:R 657.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2003)06-0020-01

电视腹腔镜胆囊摘除术(LC)是近年来微创外科技术在胆囊切除术中的应用方法之一。现将我院 2002 年 5 月~2003 年 5 月 580 例 LC 的临床应用结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 女性 405 例,男性 175 例;年龄 14~78 岁;慢性结石性胆囊炎 532 例,急性结石性胆囊炎 48 例;合并急性阑尾炎,同时行 LA 术(腹腔镜下阑尾切除术)3 例,有腹部手术史 78 例,其中上腹部手术史 13 例(10 例为腹腔镜保留胆囊取石术后,3 例为胃大部分切除术),术前合并Ⅱ~Ⅲ期高血压、冠心病 46 例,慢支肺气肿 12 例,心动过缓 18 例,糖尿病 16 例。

1.2 方法

1.2.1 仪器用德国 STRZ 公司电视腹腔镜系统,全组病例采用气管插管全麻,在脐孔上或下缘弧形切开皮肤 1cm,用布巾钳提起两侧腹壁,术者将 Vores 针接上气管垂直进针,进入腹腔多有一次突破感,气腹机压力显示在 10mmH₂O 以下即穿刺成功。

1.2.2 胆囊管的处理 遇胆囊颈部结石嵌顿,往往出现胆囊三角区组织粘连。在分离粘连时,应紧靠胆囊浆膜,以浆膜下钝性分离为主,设法显露并抓起 Hartmann 氏袋,用电凝钩仔细切断胆囊后三角纤维组织,抬起胆囊后三角后,沿胆囊颈分离寻找胆囊管,找到胆囊管汇入肝总管的“真连接点”为止,钳夹胆囊管时,应放松牵拉胆囊,距胆囊管近端 0.5cm 以上钳闭胆囊管。在不能确定胆囊管时,可不先切断,逆行分离胆囊至上钛夹处,再次确认系胆囊管后再切断,这样可避免损伤肝总管及胆总管。

1.2.3 联合行 LA 术时腹壁穿刺孔部位的选择 本组 3 例在行 LC 后同时行 LA 术。对预计要行 LA 术的病人,LC 术的第二副操作孔应选麦氏点下方约 2cm,在 LC 完成后探查阑尾,如决定行 LA 术,取头低左侧倾斜 15°体位。对身材矮小的病员,仍可以剑突下穿刺孔为主操作孔,麦氏点下方穿刺孔为副操作孔完成 LA 手术;对身材高大的病员剑突下穿刺孔改为照明孔,脐部为主操作孔,麦氏点下方为副操作孔,亦可顺利完成 LA 手术:避免了另增加穿刺孔的痛苦,体现了腹腔镜手术微创的特点。

2 结果

全组病例 557 例术后恢复顺利,平均住院 3.2 d 治愈出院。中转开腹 7 例,中转开腹手术原因有:Calot 三角解剖关系不清 3 例,胆囊动脉回缩止血困难 1 例,肝总管或右肝管副损伤而行破口修补或胆管端口吻合置“T”型管支撑引流 3 例。术后 1~2d 并发腹腔渗液 16 例,均经脐部或右肋缘下原戳孔置管引流 3~5d 消失。胆瘘 2 例经腹腔镜再次引流而愈,

穿刺孔渗血 17 例,经加压止血而止,全组无胃肠道损伤。全部痊愈出院。

3 讨论

3.1 胆管损伤的防治 胆管损伤是 LC 手术中最严重的并发症,各家医院报告的比例不一样,但一直深受外科医生重视。本组胆道损伤 3 例,发生率为 0.5%,比国外报告低,与国内报告相近^[1]。本组胆管损伤的主要原因是胆囊三角严重粘连,解剖不清;其次是操作上的失误,如未及时中转开腹和逆行切除进行直视胆囊颈部后方结构盲目电切造成。我们认为预防胆管损伤:(1)要克服自负麻痹思想,树立正确的中转开腹态度,对病史中有反复急性发作史,尤其是胆源性胰腺炎发作史病人,往往 Calot 三角都有严重粘连且呈“冰冻样”,该类病人宜及时中转开腹为妥。(2)在行 LC 手术过程中术者必须思想集中,遵循稳、准、轻的原则,一丝不苟地进行每一个操作,不粗暴解剖,不盲目钳夹,不随意切割电凝。(3)相对稳定的手术组,有利于熟练技术,配合默契,避免手术失误,是减少并发症的必要保证。(4)认真检查每例切下的胆囊标本,以确认切除范围正确。

3.2 胆瘘的防治 本组发生 2 例,均发生在急性胆囊炎急诊行 LC 术后,1 例为钛夹脱落,1 例为夹闭不严,2 例均再次腹腔镜引流而愈。急性胆囊炎通常因组织水肿而变脆,胆囊管施夹一定要可靠,引流管选择、放置的位置应恰当,一但发生要及时发现,再次腹腔镜引流均可达到满意效果。我们有 1 例虽在术毕前放置引流,但位置不当未达到引流目的致使再次用腹腔镜放置引流增加了病员痛苦,亦增加了住院费用,应吸取教训。

3.3 术后出血防治 本组除发生 17 例穿刺孔渗血经加压包扎止血而愈外,未发生严重的出血。一般胆囊慢性炎症行 LC 手术只要胆囊动脉夹闭可靠,胆囊剥离层次恰当,一般术后不会出血。但急性炎症时由于组织水肿,剥离胆囊时常常易将胆囊从肝脏脏面撕离,此时胆囊床会渗血较多。我们体会此时如电凝止血不可靠,可用明胶海绵或用可吸收止血纱布覆盖创面止血,一般均可达到良好止血效果。

3.4 腹腔渗液防治 本组术后 1~2 d 并发腹腔渗液 16 例,均经原戳孔再置管引流 3~5 d 消失。引流液为淡黄色液 200~500mL/d。病人除稍感腹胀外,无发热,腹压痛不明显。LC 术后短期内并发腹腔渗液,有关报道不多,我们分析可能与下列原因有关:(1)消毒液对腹膜及脏器表面的刺激:腹腔镜器械一天内的重复使用,均用以 2%戊二醛浸泡消毒。使用前如忽略反复冲洗或未擦干器械,残存的戊二醛消毒液刺激。我们通过加强对器械的准备后腹腔渗液有所减少说明消毒液可能是产生腹腔渗液的原因之一。(2)(下转第 31 页)

斯氏针撬拨内固定治疗波及距下关节的跟骨骨折 21 例

吴绍云

(江西临川人民医院外 2 科 临川 344000)

关键词:跟骨骨折;斯氏针;内固定;石膏外固定

中图分类号:R 681.8

文献标识码: B

文章编号:1671-4040(2003)06-0031-01

跟骨骨折,尤其是波及跟距关节的移位性跟骨骨折,仍是困扰骨科界的一个棘手问题,至今还没有确定哪一种就比其他方法更优越。它的治疗经历了手法复位、撬拨克氏针固定结合石膏外固定、切开复位内固定等^[1-3]。我科从 1996~2001 年共收治 21 例波及距下关节的跟骨骨折,采用两枚斯氏针先撬拨后内固定,结合石膏外固定,效果满意。兹报告如下:

1 临床资料

本组 21 例共 27 足;男性 15 例,女性 6 例;高处坠落伤 19 例,合并胸腰骨折 2 例,车祸 2 例;跟骨骨折线通过距下关节,距下关节变形、移位,Bohler 角减小 $<15^{\circ}$,依据 Essex-Lopresti 分型,舌型 13 例,中央压缩性 6 例,严重粉碎性 2 例;随访最短 8 个月,最长 36 个月,平均 14.5 个月。

2 治疗方法

2.1 手术方法 常规摄跟骨侧位及轴位片,有条件可行 CT 检查。

2.2 复位方法 腰麻下行侧卧位,如双足骨折取俯卧位,膝关节屈曲 20° ,沿跟腭外缘,自跟骨后上缘用骨钻自后外向前内下方向经皮穿入 1 枚直径 3.5mm 的斯氏针,针走行方向与患足外缘向内侧倾斜约 15° ,与足底呈 60° ,将针插入到塌陷的跟骨后关节面骨块的跖侧。再在跟腱内缘平行穿入 1 枚斯氏针,助手用双手握住患足用力跖屈,术者双手四指交叉握紧足跟。同时用拇指基底大鱼际处将双针针尾向跖侧推挤,将塌陷骨块撬起,再用双手掌紧握患足足跟内外侧,用力向中心挤压,以恢复跟骨正常宽度。助手继续跖屈前足,术者再双手继续挤压,并向跖侧推挤进一步恢复 Bohler 角,摄斯氏针用骨钻继续向前推进,直至钻入到骰骨体内,剪除多余斯氏针长度,留在皮肤外 1cm,用无菌纱布覆盖,再用石膏固定踝关节功能位 6 周。加强功能锻炼,摄片复查,见有骨痂生长,拔除 2 枚斯氏针,3 个月后完全负重。

3 治疗结果

21 例骨折均愈合,根据马元璋拟定标准^[4],优(疼痛消失,行走无困难,恢复工作,Bohle 角 $>30^{\circ}$) 11 例,良(有轻微疼痛,走远路稍有困难,能满足基本生活需要) 7 例,差(持续性痛,行走困难较大,影响生活工作,Bohler 角 $<20^{\circ}$) 3 例,优良率 85.7%。

4 讨论

4.1 概述 跟骨的距下关节分前、中、后关节面,波及距下关节面的跟骨骨折全部产生中、后关节面之间骨折,并常将后关节面压缩,修复距下关节面是解决日后行走疼痛的关键。Bohler 角一定程度减小,主要是影响足纵弓,即产生扁平足,日后行走远路会发生疼痛。本 21 例中有 19 例术后摄片 Bohler 角恢复满意 ($>25^{\circ}$ 以上),轴位足跟骨宽度亦接近正常;其中 3 例差的属于严重粉碎性骨折,骨折压缩明显,Bohler 角 20° ,通过撬拨亦难复位理想,日后功能均差。

4.2 预后因素 (1)跟骨横经增宽、跟腭间隙变窄,此 2 种情况导致跟腭碰撞,腓骨肌腱卡压为疼痛的原因;(2)距下关节面及距骰关节面不平整及退行改变,包括创伤性关节炎,Bohler 角减小。

4.3 类型 舌型骨折时,由于距下后关节和跟骨结节在骨折后成为一体,撬拨时容易复位,本组共有 12 例达到优,均属于舌型骨折,以此相吻合;中央压缩型通过撬拨斯氏针内固定加石膏外固定达到良;2 例严重粉碎型骨折功能差,日后需要行距下关节融合术,才能解决行走疼痛。

4.5 注意事项 通过 2 枚斯氏针撬拨复位,一定要用 2 枚斯氏针用骨钻继续向前推进,直至钻入到骰骨体内,此针对防止后关节面骨块再度塌陷起重要作用,亦是手术的关键;还有一个是跟骨骨折不能过早负重,一般 3 个月通过摄片证实有骨痂生长,才逐渐至完全负重。

4.6 优点 术中不损伤软组织,不剥离骨膜,减少对骨折愈合的干扰;同时手术创伤小,出血少,时间短,如术中有 C 臂机将更快捷,住院日短,费用低,效果满意;不失为一个好的手术方法。

参考文献

[1]孙晓林,靳方远.骨圆钉固定治疗波及距下关节的跟骨骨折[J].骨与关节损伤杂志,1995,5(5):295
[2]张铁良,于建华.跟骨关节内骨折[J].中华骨科杂志,2000,20(2):117~120
[3]马元璋.跟骨骨折经皮撬拨内固定[J].中华骨科杂志,1982,2(2):85

(收稿日期:2003-04-27)

(上接第 20 页)并发胆汁性腹水;本组术后 16 例出现腹腔渗液,无明显腹痛无皮肤巩膜黄染,无明显发热,白细胞总数不高,肝功能正常,是否可能由于胆囊切除后胆管内胆盐浓度比在胆囊内低而引起,尚需同行进一步探讨。

参考文献

[1]鲜其福,李钠,刘继东.LC 术后并发胆汁性腹水 2 例报告[J].中国内镜杂志,2002,8(2):6

(收稿日期:2003-09-02)