

三孔法腹腔镜胆囊切除术 368 例治疗体会

谭卫 肖存昌 郭崇波

(江西省南昌市结石病专科医院 南昌 330001)

摘要:目的:探讨三孔法腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的可行性及疗效。方法:2008 年 6 月~2009 年 6 月共施行 368 例三孔法 LC。结果:均痊愈出院。术中出血 5~30 mL,平均出血 10 mL,术毕放置腹腔引流管 52 例,术后引流管引出淡红色液体 0~80 mL,平均引流量 15 mL,并于术后第 1~4 天拔管。全组手术时间 20~90 min,平均时间 50 min,术后 6~12 h 后下床活动,24 h 内能肛门排气,并进食流质饮食。术后住院 4~6 d,平均 4.2 d。术后全部 B 超复查或随访 1~10 个月,平均 1.8 个月,全组无腹痛、发热、黄疸症状,其中 142 例 B 超复查无胆道残余结石或残留胆囊组织、胆道狭窄或胆囊窝积液。结论:在四孔法 LC 娴熟腹腔镜操作技术基础上,合理掌握手术适应证,术中处理得当,开展三孔法是安全、有效、可行的。

关键词:腹腔镜;胆囊切除术;三孔法

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.053

腹腔镜胆囊切除术(LC)已成为治疗胆囊良性疾病的“金标准”。目前,四孔法 LC 已为大多数医院采用。随着微创技术的进步,微创的目的是用最少的创伤达到手术学追求的治疗目的^[1],因而外科医师更加追求合理的手术路径^[2]。我院在熟练掌握四孔法的基础上于 2008 年 6 月~2009 年 6 月共施行三孔法 LC 368 例,均获得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 368 例,男 115 例,女 253 例;年龄 19~74 岁,平均 51 岁。均有右上腹痛史,慢性结石性胆囊炎 271 例,急性结石性胆囊炎 51 例,胆囊息肉样病 46 例;合并胆源性胰腺炎 18 例,高血压病 49 例,糖尿病 26 例,肝硬化 2 例;阑尾炎手术史 27 例,剖宫产手术史 29 例,剖宫产+阑尾炎手术史 1 例,卵巢囊肿手术史 18 例,左乳腺癌手术史 1 例,外伤性肠破裂修补手术史 1 例,甲状腺癌手术史 1 例。病例选择标准:(1)无上腹部手术史,(2)急性结石性胆囊炎发病在 72 h 内,体温在 38℃以下,(3)血 WBC $\leq 1.5 \times 10^9/L$, (4)B 超或 CT 提示胆囊壁厚 $\leq 6\text{ mm}$ 或胆囊大小 $\geq 4.5\text{ cm}$ 。

1.2 方法 术前不置胃管及尿管,硬膜外麻醉 32 例,气管插管全麻 336 例,取脐上缘切口 10 mm 作为第一孔,直接穿刺法建立 CO₂ 气腹,压力 10~13 mmHg,经 10 mm 套管置入 30° 腹腔镜,将患者置头高脚低 30°、左侧倾斜 30° 体位。探查腹腔,第二孔在腹腔镜的监视下剑突下 2 cm 肝圆韧带右侧插入 10 mm 套管作为主操作孔,第三孔在右 11 肋中点下缘偏外侧 3~5 cm,插入 5 mm 套管,置入牵引钳,牵引胆囊壶腹部保持适度的张力,暴露胆囊 Calot 三角,用电凝钩或分离钳分离出胆囊动脉、胆囊管,依次用钛夹处理后,将胆囊从胆囊床中切除取出,胆囊炎症重或分离创面大,可能出血、胆漏,术毕经第三穿刺孔置入腹腔引流管于 Winslow 孔引出固定。

2 结果

本组全部顺利完成三孔法 LC 术,均痊愈出院。术中出血 5~30 mL,平均出血 10 mL,术毕放置腹腔引流管 52 例,术后引流管引出淡红色液体 0~80 mL,平均引流量 15 mL,并于术后第 1~4 天拔管。全组手术时间 20~90 min,平均时间 50 min,术后 6~12 h 后下床活动,24 h 内能肛门排气,并进食流质饮食。术后住院 4~6 d,平均 4.2 d。术后全部 B 超复查或随访 1~10 个月,平均 1.8 个月,全组无腹痛、发热、黄疸症状,其中 142 例 B 超复查无胆道残余结石或残留胆囊组织、胆道狭窄或胆囊窝积液。

3 讨论

标准的腹腔镜胆囊切除术通常采用四孔法,随着微创外科发展,最大程度地减少手术创伤和疤痕,并增加美容效果已成为外科手术的发展方向,三孔法已逐渐在各地尝试开展,较四孔法创伤更小,美容效果好。本组 368 例均疗效满意,而且安全性高。

3.1 合理掌握适应证 三孔法 LC 由于减少一个穿刺孔,缺少助手牵引的暴露,操作及显露较四孔法 LC 困难,需合理选择病例。术前应详细询问病史,仔细阅读 B 超或 CT,评估手术难度。有上腹部手术史腹部可能存在广泛粘连,分离存在一定困难和风险;急性结石性胆囊炎发病超过 72 h,体温在 38℃以上,血 WBC $\geq 1.5 \times 10^9/L$,均提示胆囊壁水肿粘连致密可能,分离困难;B 超或 CT 提示胆囊壁厚 $\geq 6\text{ mm}$ 说明胆囊长期慢性炎症刺激引起胆囊壁增厚,胆囊常与周围组织粘连;胆囊大小 $\leq 4.5\text{ cm}$ 提示胆囊萎缩,分离胆囊管存在困难,极易损伤胆管。有以上情况者,选用四孔法较稳妥。

3.2 手术操作技巧 手术时患者应头高脚低 30°,左侧倾斜 30° 体位。术前常规不插胃管,麻醉诱导期吸氧时挤压剑突下上腹部胃投影区,防止胃胀气,一般能够达到良好的显露效果,若效果不佳

中西医结合治疗急性胰腺炎 30 例体会

李慧群 李平

(江西省上高县人民医院 上高 336400)

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法;清胰汤

中图分类号:R 567

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.054

急性胰腺炎是外科急腹症之一,如不及时治疗,病情重者可引起麻痹性肠梗阻、腹膜炎、出血及坏死性胰腺炎,甚至出现多器官功能衰竭而危及生命。自 1997~2010 年我们共收治急性胰腺炎 30 例,经中西医结合治疗,均取得满意疗效。现分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 30 例中,男 16 例,女 14 例;年龄 25~70 岁,平均 41.2 岁;临床表现:上腹部持续性腹痛 30 例,发热 38℃以上 16 例,呼吸急促 10 例;血淀粉酶大于 500 U/L 者 10 例;B 超及 CT 均提示胰腺体积增大,边缘模糊,胰周有渗液 8 例。

1.2 诊断标准 参照 1996 年第六届胰腺外科学术会议制定的《急性胰腺炎的诊断与分级标准》^[1]。

1.3 方法 所有病例按常规予以禁食、胃肠减压、抗炎、维持电解质平衡并营养支持(病情重者)。同时予 5% GS 500 mL+ 善宁 0.3 mg 静脉滴注,24 h 维持;低分子右旋糖酐 500 mL 静脉滴注,每日 1 次;5% GS 250 mL+ 丹参 20 mL 静脉滴注,每日 1 次;5% GS 250 mL+ 生脉 50 mL 静脉滴注,每日 1 次。中药清胰汤(柴胡 15 g、黄芩 15 g、木香 15 g、胡

则补插胃管。手术第三穿刺孔取在右 11 肋中点下缘偏外侧 3~5 cm,有利于术者左手持钳操作牵引胆囊,暴露胆囊 Calot 三角。

手术中暴露胆囊 Calot 三角是手术关键。由于有时胆囊较大充满胆汁或结石嵌顿,胆囊张力大,左手钳夹胆囊壶腹部时被肿大的胆囊底挡住视野,难以暴露胆囊前后三角,可尝试将胆囊底部及壶腹部一并钳夹,即可清晰暴露胆囊前后三角,如遇困难则使用腹腔镜穿刺吸引针穿刺胆囊,吸出大部分胆汁后再暴露胆囊前后三角。当 Calot 大量脂肪组织堆积无法辨认胆囊管、胆囊动脉、胆总管,应首先分离胆囊后三角,可贴近胆囊壁,从胆囊壶腹部向胆囊管方向剥离,注意勿损伤肝门处右肝管及变异的胆囊动脉,再扩展到前三角,边分离边辨认三管走向。如因胆囊三角粘连致密,尽可能贴近胆囊壁分离,本着“宁伤胆囊,不伤胆管”的原则^[2],用分离钳细致分离胆囊管,并结合使用腹腔镜吸引

黄连 15 g、延胡索 15 g、大黄 15 g、赤芍 15 g、芒硝 15 g、枳壳 15 g)每日 1 剂,分 2 次煎服,每次 200 mL,注药后夹闭胃管 2 h。芒硝 1 000 g 腹部外敷,芒硝结晶成块后再换用。

2 结果

30 例病人经 7~20 d 治疗后,发热、腹痛、恶心、呕吐、巩膜黄染等症状基本解除,肠鸣音恢复,血常规、血淀粉酶、尿淀粉酶、肝肾功能恢复正常,CT 示胰腺大小形态恢复正常。

3 讨论

急性胰腺炎为临床上常见的急腹症。近年来,由于其病因、病理的进一步认识,对急性胰腺炎的治疗以保守治疗为主。常规应用抗生素,应选用能通过血胰屏障、能有效抑制引起胰腺感染的常见病原菌的药物,应用时间根据病情决定,一般为 7~14 d,只要患者全身中毒症状减轻,体温正常,即可停药^[2]。善宁能够抑制胃肠道及胰腺的分泌功能,对 oddi 括约肌有一定的松弛作用,利于胰液排泄,减轻胰间质水肿,改善胰腺血液循环,能收缩内脏血管,减轻炎症反应。低分子右旋糖酐可降低血黏

冲洗管圆头边冲、边吸、边剥,挖空胆囊前后三角显露三管。如无法暴露出胆囊三角及胆囊管,及时转为四孔法或中转开腹手术,防止胆管损伤^[4]。对于术中处理困难、渗血较多、粘连重、分离面大、胆囊穿刺或破溃引起污染重或急性炎症期水肿明显病例,应放置腹腔引流管,严密观察术后有无活动性出血、胆漏、肠漏,并及时采取相应措施处理。

总之,在四孔法 LC 娴熟腔镜操作技术及开腹胆囊切除术的基础上,合理掌握手术适应证,术中处理得当,开展三孔法 LC 是安全、有效、可行的。

参考文献

[1]刘永雄.缜思·深思·慎行,悬壶问津说“微创”[J].中华肝胆外科杂志,2007,13(11):721
[2]刘彦.再谈对“微创”概念的认识[J].中国微创外科杂志,2009,5(4):295
[3]陈建尧,蔡秀军.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术 79 例临床分析[J].中国微创外科杂志,2004,4(1):69-70
[4]陈万发,罗忠.复杂 LC 术中胆管损伤的预防:附 272 例报告[J].中华肝胆外科杂志,2007,13(7):489-490

(收稿日期:2011-03-02)