

● 诊疗经验 ●

经脐单孔腹腔镜胆囊切除术 31 例体会

王健

(江西省上饶市肿瘤医院 上饶 334000)

摘要:目的:探讨经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的安全性和可行性。方法:回顾分析 2010 年 5 月~2011 年 5 月上饶肿瘤医院 31 例经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的临床资料。结果:28 例成功行经脐单孔腹腔镜胆囊切除术,平均时间 43 min;3 例因暴露困难中转 4 孔腹腔镜胆囊切除术;1 例术后 3 d 出现胆囊窝积液,行 B 超引导下腹腔穿刺引流术治愈。术后随访 2 周~1 年,无手术相关并发症,脐部切口隐藏脐凹,无可视瘢痕。结论:术前术中严格掌握适应证,由经验丰富的腹腔镜医师开展,经脐单孔腹腔镜胆囊切除术具有微创、美观等优点,安全可行,疗效确切。

关键词:腹腔镜;胆囊切除术;单孔

Abstract:Objective:To explore the security and feasibility of transumbilical single port laparoscopic cholecystectomy(TSPLC). Methods:The clinical data of 31 patients performed TSPLC from May 2010 to May 2011 at shangrao tumor hospital were analyzed retrospectively. Results:In 31 patients, 28 patients were performed TSPLC successfully with no operation complication occurred, The mean operation time was 43 min. Other 3 patients were transferred to 4 pore LC because of blurred vision in Calot's triangle. One patient had gallbladder infection and was cured by abdominal paracentesis. All patients were followed up from 2 weeks to 1 year. The wound were so small and hidden in the fovea umbilical that there was no obviously visible scars on abdominal. Conclusion:TSPLC is safe and feasible, minimally invasive and beautiful. The operation doctor should be controled carefully and should be experienced.

Key words:Laparoscopy;Cholecystectomy;Single port

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.057

在确保治疗的安全性和有效性的前提下,尽可能减少医源性创伤是外科医生的追求^[1]。经脐单孔手术就是在这样的背景下走入我们的视野。随着腹腔镜胆囊切除手术技术的提高,在熟练掌握多孔腹腔镜胆囊切除术的基础上,我们于 2010 年 5 月~2011 年 5 月有选择性地开展了经脐单孔腹腔镜胆囊切除术 31 例。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 31 例,男性 12 例,女性 19 例;年龄 38~72 岁,平均年龄 55 岁。胆囊息肉 2 例,胆囊结石合并慢性胆囊炎 25 例,胆囊结石合并急性胆囊炎 3 例,胆囊结石合并胆囊息肉 1 例;31 例均行 B 超检查,提示胆囊壁厚 ≤ 4 mm,胆总管 ≤ 8 mm;合并高血压 7 例,糖尿病 2 例,均无腹部手术史,无手术禁忌。

1.2 仪器设备 德国 stroz 腹腔镜成套设备,常规腹腔镜分离钳、抓钳、电钩等设备。

1.3 手术方法 术前准备、麻醉方式及手术体位同传统 LC 术。弧形切开脐上缘及右侧缘 20~25 mm,呈半弧形切口,刺入气腹针,建立气腹(压力 12~14 mmHg),置入 2 个 10 mm trocar,目测胆囊粘连和炎症较轻可完成单孔手术。分离胆囊周围粘连,先分离胆囊三角区后侧侧腹膜,显露胆囊管、胆总管和肝总管关系,再显露出胆囊动脉,分别上钛夹、切断,再将胆囊从胆囊床上剥离,检查无出血及胆漏情况,冲洗吸尽胆囊床周围渗液,从 10 mm trocar 中取出胆囊,停止气腹后,可吸收线间断缝合腹直肌

前鞘及皮下组织,结束手术。

1.4 术后处理 常规使用抗生素 2 d,第 2 天嘱病人下床活动,进流质。

2 结果

本组 31 例,28 例完成单孔腹腔镜手术,均未放置腹腔引流管,平均手术时间 43 min,术后第 2 天病人进流质,术后均未用止痛药,手术切口 I 期愈合,住院 3~5 d,术后随访 2 周~1 年,无黄疸、出血、粘连性肠梗阻、脐疝等症,腹壁无可视手术切口瘢痕,美容效果满意。3 例(9.7%)中转常规 LC 术,因为胆囊三角区存在肥厚脂肪、肝左叶肥厚及出血等原因造成胆囊三角区解剖不清。1 例术后出现胆囊窝积液,经 B 超引导腹腔穿刺引流治愈。

3 讨论

近年来,随着微创技术的发展和微创理论的深入人心,一种“无痛无瘢痕”的手术技术逐渐由理想变为现实。这就是经自然孔道内镜外科(NOTES)。其优势在于减少或隐藏手术瘢痕,减少腹腔内粘连,减轻术后疼痛,促进术后恢复^[2]。但现阶段,NOTES 还存在许多无法克服的技术困难,而脐是胚胎时期的自然孔道,也是人体的固有瘢痕,我们尝试开展了经脐单孔腹腔镜胆囊切除术。

通过本组 31 例的临床资料分析,我们体会经脐单孔腹腔镜胆囊切除术有以下几点优点:(1)脐部弧形切口 20~25 mm 可被脐孔遮盖,体表无明显可视手术瘢痕,有较高的微创和美容效果。(2)术后恢复快,疼痛轻,住院时间短,术后并发症少。如本

亚急性甲状腺炎 15 例误诊分析

郑海文¹ 时兢²

(1 江苏省无锡市新区江溪街道社区卫生服务中心 无锡 214026; 2 江苏省无锡市人民医院 无锡 214023)

关键词: 亚急性甲状腺炎; 误诊; 分析

中图分类号: R 581.4

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.06.058

亚急性甲状腺炎 (又称 Quervain 甲状腺炎、肉芽肿性甲状腺炎、巨细胞性甲状腺炎) 是由病毒感染后引起的变态反应性疾病, 临床较为少见。临床表现早期多不典型, 发病率约 4.9/10 万^[1], 夏季是发病的高峰^[2]。现将我院 2008 年 1 月~2012 年 1 月收治的初诊时被误诊的亚急性甲状腺炎患者 15 例分析报道如下:

组病人就无术后黄疸、胆漏、出血、粘连性肠梗阻等并发症。(3) 可减少术后切口并发症, 如切口感染、切口疝等。(4) 单孔腹腔镜技术的手术步骤和常规腹腔镜基本一致, 可应用常规腹腔镜器械, 减少了学习曲线, 必要时可中转传统腹腔镜手术。

但是通过手术操作, 我们体会单孔腹腔镜胆囊切除术和其它单孔腹腔镜技术一样存在着一系列的操作困难。由于腹腔镜和各种器械几乎平行进入腹腔, 将造成直线视野, 影响术者对深度和距离的判断; 器械难以形成三角形排列, 不利于器官的显露; 还有手术时器械在腹腔外相互拥挤, 不利于手术的操作。目前针对单孔腹腔镜手术开发的手术器械有很多, 包括尖端可弯曲的手术器械和多通道穿刺装置, 这些在一定程度上缓解了手术操作难度。本组病例是通过常规腹腔镜器械来完成单孔腹腔镜胆囊切除, 一可方便中转传统腹腔镜手术, 二不增加病人经济负担。我们的体会是分离胆囊三角应采用后三角入路^[3], 在胆囊壶腹下方分离出胆囊管两侧的疏松组织, 扩大胆囊壶腹部、胆囊管、肝总管之间的间隙; 而且由于操作器械基本上在盲视下进出, 要注意器械进出角度, 尽量贴近腹壁进出。当常规操作无法满足手术要求时, 需要熟悉运用左右手交叉技术, 贯彻交叉技术概念^[4]。研究表明, 有腔镜手术基础的外科医生经过专门的单孔腹腔镜手术训练后, 其完成单孔腔镜操作与常规腔镜操作的准确性没有差异^[5]。

腹腔镜单孔胆囊切除术作为一种新的腹腔镜技术, 本身尚处于发展和完善阶段, 而且还存在学习曲线阶段的风险。因此严格掌握手术适应证是降低手术风险十分重要的措施。我们开始的病例多选择单纯性胆囊结石或息肉、体型中等偏瘦、无腹部

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例, 其中女 12 例 (80.0%), 男 3 例 (20.0%); 年龄 23~55 岁; 误诊时间 7 d~4 个月。症状: 病前 1~3 周有上呼吸道感染 10 例 (66.7%), 发热 9 例 (60.0%), 甲状腺局部疼痛 8 例 (53.3%), 其中 6 例疼痛向枕部、耳部、头面部放射, 吞咽、颈部转动时加重, 有短期发热、多汗、心悸等手术史、年龄在 50 岁左右的病人。随着手术经验的积累, 也有选择发病在 24 h 之内的急性胆囊炎、胆囊结石的病人。不仅术前选择病例很重要, 而且手术之中把握适应证是减少手术并发症的关键。在必要时要果断中转常规腹腔镜手术。本组就有 3 例由于胆囊三角区脂肪堆积和肝左叶肥厚导致暴露不佳中转为传统 LC 手术。所以, 如术中发现有腹腔广泛粘连、紧密呈胼胝状、胆囊三角区脂肪堆积、肝左叶异常肥厚、术中出现渗血较多、面积较大等导致显露困难、解剖关系不清时要及时中转传统 LC 术。单孔腹腔镜手术由于放置引流难以达到引流目的, 所以手术一般不能置腹腔引流, 因此术中要注意对操作区域的冲洗和吸净, 避免术后感染, 确需放置引流, 也最好中转为传统 LC 术。本组就有 1 例术后胆囊窝积液, 考虑是由于术中渗液未吸尽所致。

综上所述, 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术如果严格把握手术适应证, 由经验丰富的腹腔镜医师开展, 应该是安全可行的, 且具微创、美观等优点。相信随着技术的发展和器械的改进, 将会更广泛地在临床工作中开展运用。

参考文献

[1] 张忠涛, 郭伟. 单孔腔镜技术发展带给我们的思考[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(1): 29-31
[2] 张忠涛, 周晓娜. 经自然孔道内镜外科技术发展现状与展望[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(1): 35-37
[3] 周群, 王克成, 高建宏. 腹腔镜胆囊切除术及其并发症防治[M]. 西安: 陕西人民出版社, 2008. 148-150
[4] Cuesta MA, Berends F, Veenhof AA. The "invisible cholecystectomy": a transumbilical laparoscopic operation without a scar[J]. Surg Endosc, 2008, 22(5): 1 211-1 213
[5] Santos BF, Enter D, Soper NJ, et al. Single-incision laparoscopic surgery (SILS™) versus standard laparoscopic surgery: a comparison of performance using a surgical simulator [J]. Surg Endosc, 2011, 25(2): 483-490

(收稿日期: 2012-02-24)