

基层医院行腹腔镜胆囊切除术 66 例体会

彭昌永

作者单位: 546400 广西, 罗城县人民医院外二科

作者简介: 彭昌永(1970-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 普通外科疾病临床诊治。E-mail: pcy8606@163.com

[摘要] 目的 总结基层医院行腹腔镜胆囊切除术(LC)的体会。方法 对2010-10~2013-09在该院因复杂胆囊病变施行LC手术的66例患者的临床资料进行回顾性分析。结果 本组64例在腹腔镜下完成手术, 2例患者中转开腹, 术后胆漏1例, 再次手术。66例患者均顺利康复出院。结论 基层医院行LC手术初期必须加强基本功训练, 严格选择病例及适应证; 术中精心操作, 处理好胆囊动脉及胆囊管, 遇到困难可采取及时中转开腹手术等措施, 确保手术安全; 术后严密观察, 发现问题及时处理。

[关键词] 腹腔镜; 胆囊切除术; 并发症

[中图分类号] R 605 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2014)07-0646-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.22

Application of laparoscopic cholecystectomy in basic level hospitals: reports of 66 cases PENG Chang-yong.
The 2nd Department of General Surgery, the People's Hospital of Luocheng County, Guangxi 546400, China

[Abstract] **Objective** To summarise the experience of laparoscopic cholecystectomy(LC) in primary hospital. **Methods** From October 2010 to September 2013, clinical data were retrospectively analyzed in 66 patients undergoing LC on complex cystic lesions and curative effect in our hospital. **Results** The operations on 64 cases were successful, two cases was converted to laparotomy; one patient had postoperative bile leakage and received reoperation, and sixty-six patients were smoothly discharged. **Conclusion** The basic skills training about LC should be strengthened beat the beginning; Cases and indications should be selected scrupulously; The operation must be performed carefully, and the gallbladder artery and cystic duct should be protected; To ensure the safety of LC, some other measures can be taken in case of difficulty, for instance, timely conversion to laparotomy and so on. The postoperative condition should be observed, in order to finely treat the possible problems.

[Key words] Laparoscope; Cholecystectomy; Complications

近10年来,随着腹腔镜技术的迅速发展,腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)技术也得到了广泛应用,实践证明LC具有创伤小、痛苦轻、恢复快、住院时间短等优点,深受患者欢迎,已成为手术治疗胆囊良性病变的“金标准”,目前基本取代了开腹胆囊切除术(open cholecystectomy, OC)。但是该技术在我国的推广尚不平衡,尤其在基层医院,技术水平参差不齐,而且基层医院接收的患者多数为反复发作、粘连明显,复杂胆囊病变较多者,因此LC手术并发症总发生率仍较高,胆总管损伤、横断等情况仍时有发生,给患者带来严重后果,同时易引起医疗纠纷。本文对我院开展的66例LC手术患者的临床资料进行回顾性分析,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010-10~2013-09 我院共对复杂胆囊病变施行LC手术66例,其中男29例,女37例;年龄26~82岁;术前诊断依据病史、体征、B超及CT检查等,其中诊断为慢性结石性胆囊炎35例,慢性非结石性胆囊炎1例,多次发作胆囊炎30例;腹部B超及CT检查提示胆囊壁有不同程度增厚35例;合并糖尿病1例,高血压1例,既往有上腹部手术史1例。

1.2 手术方法 本组病例均行气管插管全麻,采用三孔法手术,术者、助手均立于患者左侧,脐下缘作横弧形1.0 cm皮纹切口,veress气腹针建立气腹,气腹压力维持在12~14 mmHg,置入30°腹腔镜探查腹腔,再于剑突下、右肋弓下缘分别置入10 mm、

5 mm 穿刺套管,为操作孔。一般患者显露胆囊三角,分离胆囊管、钛夹或丝线结扎,离断,胆囊动脉电凝后或结扎离断,切除胆囊,粘连者先分离、松解粘连,胆囊颈结石嵌顿紧密者,自胆囊腹壶部,切开,松解、取出结石,再切除胆囊及其颈部,胆囊管缝扎。

2 结果

本组复杂胆囊病变 66 例,术中均发现胆囊与周围组织粘连严重,其中大网膜、横结肠与胆囊粘连大部分以上 54 例;横结肠、十二指肠与胆囊体部、腹壶部、胆囊三角粘连 12 例。胆囊壁有不同程度增厚(均 ≥ 0.5 cm)。本组患者全部治愈,其中行胆囊顺行切除术 47 例,因胆囊病变复杂而行逆行胆囊切除术 13 例,胆囊次全切除术 6 例(其中 2 例因胆囊三角解剖不清及胆囊床粘连紧密而中转开腹)。LC 成功率为 96.97% (64/66),手术时间为 62 ~ 106 min,平均 62 min。发生并发症 4 例,其中 3 例术后胆囊床渗血(50 ~ 100 ml/d)经保守治疗痊愈。1 例术后胆漏,开腹探查,见胆囊管钛夹脱落,经缝扎胆囊管,冲洗引流而治愈,无术后大出血、内脏损伤、胆道损伤等严重并发症及死亡病例发生。术后 3 ~ 10 d 均痊愈出院。

3 讨论

LC 是我国开展最早、最广泛和例数最多的腔镜手术^[1],现已成为胆囊良性病变首选术式。近年来并发症发生率明显下降,但胆总管损伤、血管损伤、胆漏等并发症仍未能完全避免,尤其是基层医院,由于技术水平参差不齐,而接收的患者多数为病程较长,反复发作、粘连明显,复杂胆囊病变较多者,这种情况更容易发生并发症,处理起来更棘手,易给患者带来严重后果同时易引起医疗纠纷。本院开展 LC 以来未发生严重并发症,我们的体会如下。

3.1 LC 初期要加强基本功的训练及病例选择 目前腹腔镜手术操作多数还是在二维平面图像上的操作,没有立体感觉,深度难以估计,眼、脑、手不易协调,因此术者必须接受专门的适应性训练,使之具备良好的屏幕-脑-眼-手-足并用协调操作能力,这是开展腹腔镜手术的基础^[2]。我们的做法是严格按照腹腔镜手术医师的培训规程,手术组人员中至少 1 人参加相应培训中心举办的正规化培训,熟悉腹腔镜仪器设备及器械使用,通过理论学习和模拟训练,掌握腹腔镜手术的基本知识和操作方法,使这一新技术得以顺利开展。有资料表明,开展 LC 最初的 50 例是并发症的高发期^[3]。因而 LC 初期,必须遵照循序渐进、由易到难的原则,对适应证的选择要严

格,宁严勿宽。萎缩性胆囊炎及上腹部有手术史者因手术操作较复杂,不应作为初期 LC 的首选病例。待开展 50 多例后,随着技术的熟练,经验的积累,配合的默契,可逐渐放宽适应证,扩大手术范围。

3.2 术中操作精心耐心并适时把握中转开腹时机 LC 从建立人工气腹,Trocar 穿刺,使用电刀、电凝至完成手术的全过程均有发生并发症的可能^[4]。严重并发症的发生常与解剖异常、炎症、粘连严重以及操作粗暴等原因有关。对于复杂胆囊切除手术中更需精心及耐心,该手术胆囊三角往往粘连严重、解剖不清、分离困难,按常规先解剖 calot 三角、辨清其结构及三管的走向后再处理胆囊管和胆囊动脉的方法往往难完成本手术操作,强行分离易引起出血及造成误伤,这种情况下可采用腹腔镜下逆行胆囊切除术,自胆囊底仔细分离胆囊浆膜下间隙,将胆囊自胆囊床分离下来,到达胆囊颈部时分离出胆囊动脉及胆囊管,分别夹闭、结扎或缝扎切断。如胆囊床粘连紧密,分离困难,可行腹腔镜下胆囊次全切除术^[5,6]。首先自胆囊底或胆囊壶腹部结石嵌顿处切开胆囊,吸净胆汁,取出结石放入标本袋,切除胆囊底部、体部前壁,游离至胆囊壶腹部,遇胆囊动脉予夹闭切断,如能分离出胆囊管予以夹闭切断,如胆囊管炎性增粗,钛夹夹闭困难,应予以结扎或缝扎,以免钛夹脱落,造成胆漏;如胆囊三角解剖不清,不必强行分离,以免损伤胆总管等,可于黏膜面缝合胆囊管,胆囊床残留黏膜面予电灼灭活处理;并于胆囊床创面下方放置胶管引流。术后严密观察病人的生命体征,引流管引流量及性质的变化。本组 66 例病例,术中因胆囊病变复杂而行逆行胆囊切除术 13 例,胆囊次全切除术 6 例,其中 2 例胆囊三角与十二指肠粘连严重,镜下解剖分离困难,适时中转开腹手术而治愈。适时中转开腹手术是降低严重并发症发生率的积极措施,要克服盲目追求 LC 高成功率的思想,要树立安全第一、低并发症发生率的观念。术中发现腹腔内严重粘连、胆囊三角解剖关系不清、胆道走行变异、胆囊内瘘或可疑恶性肿瘤等情况时,应根据自己的经验及操作能力作选择性中转开腹手术;如术中遇到不易控制的出血应及时中转开腹作相应处理;还有另一种是术后引流量多提示腹腔内有活动性出血或胆漏,出现弥漫性腹膜炎时应紧急再次开腹手术。本组 1 例术后胆漏,再次手术治愈。本组 LC 成功率为 96.97%,无肝管或胆总管损伤发生。我们的体会是 LC 手术应熟悉胆囊三角解剖^[7],分离胆囊管、胆囊三角应自胆囊腹壶部开始,

慎用电凝,遇到管道应谨记胆道解剖变异可能,勿轻易离断解剖来源未明之管道;本组发生并发症4例,1例胆漏,开腹探查见夹闭胆囊管之钛夹脱落,经缝扎胆囊管,冲洗引流,痊愈;3例术后胆囊床渗血(50~100 ml/d),经保守治疗痊愈,无术后大出血、内脏损伤、胆道损伤等严重并发症及死亡病例发生。本组病例术后3~10 d均痊愈出院。

3.3 术后严密观察与及时处理 腹腔镜复杂胆囊切除术,术中腹腔内往往炎症粘连严重,分离创面较大,而且这种情况下局部解剖结构往往有不同程度的改变等,手术难度大,手术容易损伤相邻组织结构。术后需加强监护,密切观察患者生命体征、腹部情况及腹腔引流液的变化情况等,及时发现异常情况并给予恰当处理,避免严重后果的发生。

总之,由于基层医院的技术水平参差不齐,对于腹腔镜复杂胆囊切除术而言手术难度大,把握度难以掌控,术者须经专业系统培训,遇到困难更需精心及耐心,避免盲目、粗暴操作,保持清醒的头脑,时刻把手术安全性放在第一位,适时把握术中、术后中转开

腹手术的时机,最大限度地降低并发症的发生率,确保患者的生命安全,使该技术在基层医院顺利开展。

参考文献

- 1 苏 域,胡少华.腹腔镜胆囊切除术并发症的防治体会[J].中国医药,2006,1(8):483-484.
 - 2 Kwon AH, Inui H. Preoperative diagnosis and efficacy of laparoscopic procedures in the treatment of Mirizzi syndrome[J]. J Am Coll Surg, 2007, 204(3):409-415.
 - 3 陈彦波,吴 雄.腹腔镜胆囊大部分切除术临床应用探讨[J].中国普通外科杂志,2007,16(2):195-196.
 - 4 Tuveri M, Calb PG, Medas F, et al. Limits and advantages of fundus-first laparoscopic cholecystectomy: lessons learned. [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2008, 18(1):69-75.
 - 5 黄建彪,郑小峰.腹腔镜胆囊大部分切除术在困难胆囊切除中的应用[J].中国内镜杂志,2007,13(6):643-645.
 - 6 吴品飞,陈汝岱,顾勇劲.腹腔镜胆囊切除术5000例临床分析[J].实用医学杂志,2008,24(20):3544-3546.
 - 7 江文枢,卢榜裕,刘组军.腹腔镜胆囊切除术561例临床探讨[J].中国临床新医学,2009,2(6):596.
- [收稿日期 2013-12-06][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

脑出血误诊急性冠脉综合征一例

· 病例报告 ·

王云兵

作者单位:400704 重庆,重庆市天府矿务局职工总医院内科

作者简介:王云兵(1980-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:脑出血疾病的诊治。E-mail:wybin33@sina.com

[关键词] 脑出血; 急性冠脉综合征; 病例分析

[中图分类号] R 743 [文章编号] 1674-3806(2014)07-0648-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.07.23

1 病例介绍

患者,男性,64岁,退休工人,因“神志不清,呼之不应2 h”入院。患者有高血压病史4年,长期服用依那普利片5 mg/次,2次/d,硝苯地平缓释片10 mg/次,2次/d控制血压,血压控制在140/80 mmHg左右。1年前患者因突发左侧肢体活动受限,于当地卫生院就诊检查,诊断“左侧基底节区脑梗死”,经治疗后患者遗留左侧肢体活动减退,但生活能自理,可借助拐杖行走。入院2 h前患者曾因“左侧肢体活动受限1年,突发头痛、心悸4 h”于当地卫生院就诊,接诊医生查体:血压160/100 mmHg,考虑患者左侧

肢体活动受限为脑梗死后遗症,头痛因血压增高所致,因无明显神经缺失加重表现,未考虑脑血管疾病,故予行心电图检查示窦性心律;心率76次/min;电轴不偏,多导联T波倒置, $V_3 \sim V_6$ 深倒置伴ST段压低0.05~0.1 mV,立即行心肌酶谱及肌钙蛋白检查:心肌酶谱增高,肌钙蛋白弱阳性。诊断考虑“急性冠脉综合征:非ST段抬高型心肌梗死”。遂立即给予“阿司匹林300 mg嚼服;氯吡格雷300 mg口服,低分子肝素钙皮下肌注2次/d,5 000 IU/次,硝酸甘油5 mg+5%葡萄糖液30滴/min持续静滴。于3 h后(来我院2 h前)患者突发神志不清,呼之不应,患