

腹部手术史患者腹腔镜胆囊切除术的临床体会

王国峰, 贾玉清, 殷全忠

(扬州大学医学院附属扬州友好医院 普外科, 江苏 扬州, 225000)

关键词: 腹部手术; 腹腔镜; 胆囊切除术

中图分类号: R 575.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)19-060-02 DOI: 10.7619/jcmp.201319020

自1991年中国开展首例腹腔镜胆囊切除术(LC)以来,该术式凭借手术创伤小、疼痛轻、恢复快、住院时间短等优点迅速在全国范围广泛开展,至今已成为治疗胆囊良性疾患的首选术式,是治疗结石性胆囊炎的金标准^[1]。然而,开展早期因技术条件不足,腹腔镜胆囊切除术受到各种手术禁忌证的限制,腹部手术史便是其一。近年来,随着腹腔镜技术的不断发展和进步,这种限制正逐步被解除。本研究回顾性分析本院2007年6月—2012年12月行腹腔镜胆囊切除术的56例腹部手术史患者的临床资料,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2007年6月—2012年12月行腹腔镜胆囊切除术的腹部手术史患者56例,其中男32例,女24例,年龄25~75岁,平均55岁;胃、十二指肠溃疡穿孔修补术6例,胃良性溃疡大部切除手术5例,远端胃癌根治术3例,脾切除术3例,小肠套叠手术1例,阑尾切除术18例,卵巢囊肿切除术2例,子宫肌瘤剔除术4例,宫外孕输卵管切除术3例,剖宫产11例;本次手术距上次手术间隔时间1~26年,平均10.3年,其中超过10年以上者30例。

1.2 治疗方法

本组均采用开放法于脐上(下腹部手术者)或脐下(中、上腹部手术者)做小切口,分层解剖,直视下切开腹膜,食指进入腹腔内钝性分离,确保安全置入穿刺鞘建立气腹,引入腹腔镜,观察腹腔内粘连情况,其余三孔无特殊排序,根据粘连情况,第二孔的位置尽可能选择无粘连或粘连较少部位,可选择在剑突下缘切口旁偏右,或右锁骨中线甚至于右腋前线穿刺,进器械,根据粘连情况,用剪刀或分离钳钝性分离推开疏松粘连,便于其他孔的穿刺。全部四孔的穿刺成功后寻找胆囊,

若能顺利显露胆囊及其三角,则按常规方法切除胆囊。对不能显露胆囊者,沿肝缘胆囊底部位置分离粘连,显露胆囊,再沿胆囊浆膜分离粘连至胆囊壶腹部。在对胆囊三角的处理中,粘连组织有一定间隙,能将胆囊壶腹部部分显露者,在胆囊壶腹部游离显示胆囊明显变细后,胆囊浆膜下向上分离胆囊,了解有无其他管道与之相通,即可明确其为胆囊管,游离至能够上钛夹即可予以处理,不必强行显露胆囊管,术中常规放置腹腔引流。如果局部大网膜、胃、十二指肠等粘连致密,壶腹不能显露者,为防止损伤,应及时中转开腹手术。

2 结果

本组56例患者中,有4例中转开腹,中转率为7.14%,包括远端胃癌根治术后2例,十二指肠穿孔修补术后1例,剖宫产后1例,中转原因均为腹腔粘连致密,不能良好解剖胆囊,其余52例均获成功。所有患者腹腔内均有不同程度的粘连,以原手术切口下方及手术区域粘连最为明显,以膜状和束带状粘连为主。所有引流管于术后1~3d拔除。术后无胆道损伤、腹腔内脏器损伤、胆漏、出血、积液、感染等并发症。手术时间0.5~1.5h,平均1h,住院时间5~8d,平均6d,所有患者均痊愈出院。

3 讨论

在未开展腹腔镜手术前,外科手术治疗腹部疾病基本为开放手术,如目前均能用腹腔镜解决的阑尾切除术、胃穿孔修补术及一些妇科手术等。开放手术创伤大、恢复慢,患者术后腹腔内均有不同程度的粘连,这些腹腔内的粘连会影响腹腔镜手术的安全性,造成腹腔内脏器的副损伤,影响术后的恢复,因此在腹腔镜开展的早期,有腹部手术史被作为腹腔镜胆囊切除术的禁忌证之一。然而,近年来随着腹腔镜技术的不断完善和成熟,许

多有腹部开放手术史的患者都成功进行了腹腔镜胆囊切除术。作者认为对有腹部手术史的患者,如何成功建立气腹和入腹通道,松解腹腔粘连,显露胆囊 Calot 三角以及把握好中转开腹的要点是手术成功的关键。

建立气腹和通道是手术成功的要点,如果不能顺利建立气腹或在建立气腹和通道时损伤了腹腔脏器,就只能中转开腹手术。对于气腹位置的选择,作者认为如果是中上腹手术者,取脐偏下位置,如果是下腹部手术者则取脐偏上位置。不管什么位置均采用开放式 10 mm 小切口,分层解剖,直视下切开腹膜,食指进入腹腔内钝性分离以确保安全置入穿刺鞘建立气腹,引入腹腔镜,藉此可以消除穿刺可能造成的一切内脏组织损伤。本组无 1 例因穿刺造成腹腔脏器损伤。对于腹部多次手术史者作者尚无经验,但 Kumar^[2]研究认为对于既往有多次腹部手术史的患者,进行 LC 时可在剑突下做一小切口,用手指经切口进入腹腔内钝性分离,以放置第一个套管,认为这种方法较脐部小切口开放法导入第一个套管更为安全。气腹形成后,腹腔镜从第一孔小心进入腹腔,对腹腔进行探查。根据腹腔粘连情况,其余三孔可不按照平常的顺序,选择右上腹粘连相对最少的空间建立第二孔。从第二孔中置入分离钳,小心分离腹膜粘连,安全建立其余 2 孔。在主操作孔未建立,右上腹粘连尚未松解时,仅有一个操作孔,只能单手操作,而且在开始分离粘连时,操作空间较为狭小,要求手术者有熟练的技术和操作技巧。找到与腹膜之间的疏松间隙,运用电切或超声刀与钝性分离相配合可以很容易地将粘连与腹膜分离。分离粘连组织应紧贴腹壁进行,对于薄膜状粘连,可先行分离,以扩大视野。充分游离手术视野区,粘连分离出第三个穿刺孔的位置,置入辅助操作钳,进而分离第四孔穿刺就比较容易,从而建立起所有手术通道。

对于腹腔内的粘连,作者体会是:①上次手术距本次手术间隔时间越长,粘连越轻,反之粘连越重,有文献^[3]报道腹部手术后,一般 0.5~1 年内炎症反应重,组织脆弱,随着时间的推移,炎症逐渐吸收,粘连减轻,数年后多成为膜状粘连,术中多能分离;②上腹部手术史者比下腹部手术史者粘连重,手术难度大,尤其肿瘤术后粘连最重,本组中的远端胃癌根治术后 2 例和十二指肠

穿孔修补术后 1 例,均是因为原手术涉及胆囊附近病灶,造成残胃、十二指肠甚至结肠与胆囊腹膜直接粘连,且较致密,不能良好显露胆囊及其三角区,术中为避免胃及肠管的损伤,及时果断地中转开腹,而不是等损伤了肠管后才中转;③对于解剖胆囊及三角区粘连,可利用胆囊底部与腹壁形成的粘连形成一定张力,先分离壶腹部及三角区粘连,要紧贴胆囊,界限不清时尽量使用钝性器械(如吸引器)推刮,见到组织界限时可用电切法。步步为营,渐进分离,若条件许可,可使用超声刀分离,直至明确胆囊管。电切时,组织要少量多次,以减少损伤和出血。在分离粘连过程中多数有较多渗血,应先准备纱块,遇到较多、较快的出血不可惊慌,不要盲目上钛夹,以免误闭胆管,应充分压迫止血后再处理,能避免副损伤的发生。应常规放置腹腔引流,这对于手术后发现及处理胆漏等有很大帮助。

文献^[4]报道腹腔镜胆囊切除术即刻中转开腹率为 5%~10%,Becci 认为腹腔镜下胆囊切除困难时应及时改为开腹手术,不是说明医生的技术差,而是说明他的正确判断和对患者的负责精神。本组的中转率为 7.14%,与文献报道较为一致。若发现严重粘连时,术者应根据经验做到良好预判,果断及时中转开腹是必要的,可以避免胃肠道损伤,而不是等到损伤后再中转,这样不但增加患者痛苦,而且为自己增加了手术难度。

腹腔镜最早的用途之一就是治疗术后腹腔粘连,开始多用于慢性腹痛的腹腔探查,同时分离那些可能引起腹痛的粘连^[5]。作者认为对于有腹部手术史的胆囊良性疾病,LC 是一种安全、可行、有效的方法,腹部手术史不是腹腔镜胆囊切除的绝对禁忌证。在熟悉解剖并有熟练手术技能的情况下是可以顺利完成手术的,但不排除有上腹部手术史患者中转开腹的可能。

参考文献

- [1] 陈训如. 微创胆道外科手术学[M]. 1 版. 北京: 军事医学科学出版社, 2001: 123.
- [2] Kumar S S. Laparoscopic cholecystectomy in the densely scarred abdomen[J]. Am Surg, 1998, 64: 1094.
- [3] 朱自卫. 腹腔镜在腹部手术史病例中的应用(附 256 例报告)[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(6): 11.
- [4] 郭振武. 胆道外科疑难危重症学[M]. 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 2002: 259.
- [5] 郑树森, 梁廷波, 主译. 腹腔镜外科学[M]. 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 307.