

腹腔镜联合手术在县级医院的临床应用分析

廖粤军

(衡南县人民医院微创中心, 湖南 衡阳 421131)

摘要: **目的** 评估腹腔镜联合手术在县级医院应用的安全性和可行性。 **方法** 收集本院收治的 153 例经腹腔镜联合手术患者的临床资料。 **结果** 153 例患者均成功完成手术, 无中转开腹, 术后均未出现并发症。

结论 腹腔镜联合手术完全可行, 疗效确切, 值得在基层医院推广。

关键词: 腹腔镜; 联合手术; 胆囊切除

中图分类号: R656 **文献标识码:** A

The Clinical Application of Laparoscopic Combined Surgery

LIAO Yuejun

(Minimally Invasive Center, the People's Hospital of Hengnan County,
Hengyang, Hunan 421131, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the safety and feasibility of laparoscopic combined procedures in primary hospital. **Methods** From June 2008 to December 2013 153 patients who underwent laparoscopic combined procedures were selected in Hengnan People's Hospital. **Results** All the operations were successfully completed without conversion to open surgery, and there were no complications occurred after surgery. **Conclusion** Laparoscopic combined procedures provide a safe, feasible and effective value, and was worth popularizing in primary hospital.

Key words: Laparoscopy; cholecystectomy; combined surgery

1987 年 Philippe Mouret 成功实施了首台腹腔镜胆囊切除术以来, 使腹腔镜手术在外科领域发生根本性的变革^[1]。腹腔镜手术相对传统的外科开腹手术有明显优势: 腹部美容效果好、手术和住院时间短、切口疼痛轻等^[2]。腹腔镜联合手术是指在一次腹腔镜手术中同时实施两种或两种以上腹部疾病的手术。本院微创中心共完成了 153 例腹腔镜多脏器联合手术, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本院 2011 年 12 月 ~ 2013 年 12 月腹部外

科收治的 153 例患者。男 84 例, 女 69 例, 平均年龄 42.6 ± 11.8 岁。其中, 胆囊切除联合阑尾切除 37 例, 胆囊切除联合肝囊肿开窗术 16 例, 胆囊切除联合肾囊肿开窗术 14 例, 腹腔镜胆囊联合肝血管瘤切除 12 例, 腹腔镜胆囊切除加胆总管切开术中胆道镜取石 20 例, 腹腔镜胆囊切除联合双侧精索静脉高位结扎术 10 例, 腹腔镜胆囊切除联合肠粘连松解术 12 例, 腹腔镜胆囊切除联合附件及子宫肌瘤剔除术 16 例, 腹腔镜胆囊切除加输尿管镜气压弹道碎石 15 例, 胆囊切除联合卵巢肿瘤切除加输卵管结扎加脾切除术 1 例。上述患者均符合实施腹腔镜联合手术标准^[3]。

1.2 方法

1.2.1 腹腔镜胆囊联合阑尾切除术 患者全身麻醉成功后取平卧位, 建立气腹。常规三孔法入路, 完成脐部、剑突下、右肋缘下三孔的穿刺, 分别置入腹腔镜和操作器械。先取仰卧头高足低体位, 向左倾 15° , 逆切胆囊, 暂不取出置于肝肾隐窝处; 变换体位

收稿日期: 2014-03-20

基金项目: 湖南省卫生厅县级医院临床科研能力培育项目 (课题号 X2011-013)。

作者简介: 廖粤军, 本科, 副主任医师, 研究方向: 从事普腹外科及微创外科, E-mail: liaoyuejun@sina.cn.

呈头低足高位,左倾,暴露回盲部,沿盲肠带找到阑尾根部,先用钛夹夹闭阑尾系膜血管,再用电钩凝断,阑尾系膜切断,以使阑尾根部裸化,用套扎线结扎阑尾根部或用 4 号丝线缝扎阑尾根部,远端用电刀直接切断,分别将胆囊和阑尾取出。

1.2.2 腹腔镜胆囊切除联合肝囊肿开窗术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。用穿刺针穿刺囊肿吸净囊液,再用电凝钩在囊肿顶部开窗,囊肿的内壁用电凝棒凝固,术毕放置腹腔引流管。

1.2.3 腹腔镜胆囊切除联合肾囊肿开窗术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。于右结肠旁沟处提起后腹膜并打开,显露右肾,分离出囊肿,切除囊肿顶部,吸净囊液,电凝止血。更换患者体位向右侧倾斜,于脐水平左腋前线交点处增加一 5 mm 戳孔,在降结肠外侧切开侧腹膜,暴露左肾并游离出左肾囊肿,同法处理囊肿,术毕放置腹腔引流管。

1.2.4 腹腔镜胆囊联合肝血管瘤切除 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。阻断第一肝门后用电刀和血管闭合器沿肝实质边缘切除肝血管瘤,见出血时可采用 1/4 干纱布局部压迫止血,再观察寻找出血点,钛夹止血,切除的血管瘤放入袋中,取出。

1.2.5 腹腔镜胆囊切除加胆总管切开术中胆道镜取石 常规四孔法入路,解剖胆囊三角区,顺逆切除胆囊。显露胆总管,穿刺后切开胆总管,用取石钳取出胆总管结石,再置入胆道镜检查,必要时用取石篮取净结石,并确认胆总管下端已通畅后置 T 管,腔镜下缝合胆总管切口常规放置腹腔引流管。

1.2.6 腹腔镜胆囊切除联合双侧精索静脉高位结扎术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。更换患者体位呈头低足高倾斜 10 度,于脐下缘增加一 3.5 mm 戳孔,置入腹腔镜探查双侧内环及精索血管束,确认精索静脉无误后,再进行精索血管束高位双重结扎。

1.2.7 腹腔镜胆囊切除联合肠粘连松解术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。牵拉肠管,使粘连带保持一定张力,使用电凝钩分离粘连。

1.2.8 腹腔镜胆囊切除联合附件及子宫肌瘤剔除术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。转变患者体位呈头低足高

位,在左/右侧髂前上棘至脐中点连线处增加一 5 mm 戳孔作为主操作孔,探查盆腹腔及子宫,卵巢囊肿切除术,小囊肿用电钩或剪刀完整剥离,大囊肿可先减压后剥除。附件切除可用套扎线套扎后再电凝切除。以进一步明确肌瘤部位与数量,双极电凝刀切开肌瘤包膜,术中同时滴注缩宫素 20 U,使用大抓钳钳夹牵拉固定,另一操作钳顺肌瘤包膜钝性分离,将剥除肌瘤暂不取出置于子宫直肠窝处,缝合子宫创面后取出瘤体。

1.2.9 腹腔镜胆囊切除加输尿管镜气压弹道碎石

患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。更换患者体位膀胱截石位,用输尿管镜施行输尿管中下段结石气压弹道碎石术。

1.2.10 腹腔镜胆囊切除联合卵巢囊肿切除 + 输卵管结扎 + 脾切除术 患者全身麻醉成功后取平卧位,建立气腹。先按上述方法切除胆囊。更换患者体位向右侧倾斜,于肋弓下增加一 10 mm 戳孔,先切开并分离脾结肠韧带,再分离与切断胃脾韧带、胃短动、静脉,结扎脾门部动脉和静脉,然后做左侧肋缘下辅助小切口,切除脾脏并取出。转变患者体位呈头低足高位,在左/右下腹相对于麦氏点处增加一 5 mm 戳孔作为主操作孔,卵巢囊肿切除术;双侧输卵管峡部上钛夹双重结扎术。

2 结 果

153 例患者均成功完成腹腔镜胆囊联合其他脏器的切除术。术后均无并发症发生。本组患者术后平均下床活动时间为 16.8 h,术后平均住院时间为 5.2 天,患者术后恢复排气的平均时间为 22.6 h。

3 讨 论

经过近 20 余年的努力,微创外科技术取得了长足的发展,腹腔镜手术以其微创、疗效好、安全性高等优势已逐渐在临床上广泛应用^[4]。其中腹腔镜胆囊切除术和阑尾切除术已经在一定程度上替代了传统开腹手术^[5]。随着腹腔镜技术的进一步发展,外科医师致力于减少戳孔的数量和避免明显疤痕等寻求腹腔镜的进一步优势。

腹腔镜联合手术的优势:(1)联合腹腔镜手术设备要求高,技术难度大,对患者身体素质、手术耐受性要求高。(2)经过近 20 年的发展,腹腔镜技术

成熟,设备制造成熟,为联合腹腔镜手术提供了物质基础,而且随着医改的发展,县级医院也成熟地掌握该项技术并安全地施行联合腹腔镜手术。(3)联合腹腔镜手术可以减少患者多次住院、多次手术的住院时间、手术创伤以及经济压力^[6]。本组患者术后平均下床活动时间为 16.8 h,术后平均住院时间为 5.2 天,与同期行腹腔镜手术的患者住院时间(4.5)天相近,患者术后恢复排气的平均时间为 22.6 h。

腹腔镜联合手术的原则:腹腔镜联合手术较单纯的腹腔镜手术时间要长且手术过程也相对复杂,术者必须熟练掌握各种疾病在腹腔镜下的手术操作,不同专科疾病联合手术时也必须要有相关专科医生合作,以确保手术的安全性^[7-8]。因此,合理掌握治疗原则对腹腔镜联合手术的成功实施至关重要:①严格掌握手术指征^[3]。术前有针对性地进行腹部检查,以明确诊断,并综合评估患者的手术指征和耐受能力,以决定是否行腹腔镜联合手术;②合理安排戳孔部位。充分利用操作孔与观察孔可以互换的特点,尽量少增加戳孔数量;③专科专治。不同专科疾病联合手术时,应请相应专科医生会诊并由其完成操作,以保证手术的安全与质量,避免发生医疗纠纷;④合理安排手术顺序。遵循传统外科治疗原则,按先主后次,先无菌后污染,可减少相关并发症的发生。

综上所述,只要严格掌握腹腔镜联合手术的操作原则,腹腔镜联合手术能同时处理多种外科腹部

疾病,并且包括不同专科疾病,其疗效安全可行,且具有微创和美观等优点,值得在各基层医院推广实施。

参考文献:

- [1] Kaiser AM, Corman ML. History of laparoscopy[J]. Surg Oncol Clin N Am, 2001, 10: 483-492.
- [2] Yang YQ, Zhou W, Lin MQ, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: report of 312 cases[J]. J Hepatop Surg, 2010, 22(3): 213-215.
- [3] 张阳德. 内镜微创学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 865-868.
- [4] Casillas RA, Yegiyants S, Collins JC. Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis[J]. Arch Surg, 2008, 143(6): 533-537.
- [5] Wang CC, Tu CC, Wang PC, et al. Outcome comparison between laparoscopic and open appendectomy: evidence from a nationwide population-based study[J]. PLoS One, 2013, 8(7): e68662.
- [6] Ruan JD, Wu W. Combined laparoscopic surgery[J]. BME & Clin Med, 2005, 9(1): 37-39.
- [7] 赵宏志, 秦鸣放, 郑明伟. 经脐单孔腹腔镜联合手术 17 例临床报道[J]. 中国内镜杂志, 2013, 19(9): 992-994.
- [8] 张健, 应荣超, 罗中尧, 等. 腹腔镜联合手术 198 例分析[J]. 临床外科杂志, 2005, 13(10): 624-625.

(此文编辑: 蒋湘莲)