腹腔镜肠粘连松解术12例临床分析

田立启[1],夏荣江[1],邢 岩[2] (1.牡丹江林业中心医院肿瘤科;2.牡丹江林业工程公司医院外科,黑龙江 牡丹江 157011)

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜手术治疗肠粘连的临床效果。**方法** 利用腹腔镜松解术治疗肠粘连12例,用电钩、分离剪分离切断粘连带。**结果** 11例在腹腔镜下顺利完成肠粘连松解术,住院3~7 d后痊愈出院;其中1例手术后1 d出现腹痛、肌紧张等腹膜炎症状,行急诊剖腹探查,见肠管壁有5 mm破裂,行破裂段小肠切除、肠吻合术,住院10 d后痊愈出院。**结论** 腹腔镜松解术治疗肠粘连不仅具有创伤小、恢复快、费用少、痛苦轻、瘢痕小等微创外科的优点,而且术后发生再粘连的机会显著减少,明显优于开腹手术。

[关键词] 肠梗阻;肠粘连松解术;腹腔镜;手术后并发症
[中图分类号] R656.7 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2009)03-0160-02

Clinical analysis on the laparoscopic enterolysis for 12 cases

TIAN Li-qi, XIA Rong-jiang, XING Yan (Department of Tumour Chirurger, Mudanjiang Forestry Central Hospital, Mudanjiang Heilongjiang 514400, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of laparoscopic enterolysis. **Methods** Totally 12 cases underwent laparoscopic enterolysis with electro-claw and clipper mutilating the adhering zone. **Results** The operations of 11 had been practiced successfully. One with peritonitis symptom such as bellyache and muscle tonus. A 5 mm slit was explored by exploratory laparotomy. Small bowel resection and enteroanastomosis were performed then. **Conclusion** The laparoscopic enterolysis has advantages of minimally invasion, quicker recovery, lower expense, less cicatricle, and so on. The chance of adhere again after operation obviously reduced, which is better than laparotomy.

Keywords: bowel obstruction; enterolysis; laparoscope; postoperative complication

粘连性肠梗阻大部分为手术后粘连所致,是腹部外科常见疾病,传统的开腹手术虽然可以解除粘连,但创伤又可以导致再粘连,甚至比原来的粘连更为严重;而反复发作的症状使病人痛苦不堪,往往恳求外科医生给予手术治疗[1-2]。腹腔镜肠粘连松解术具有微创伤、探查范围广、诊断准确并可同时进行治疗等特点,已引起越来越多的外科医师的关注,并且取得了积极的临床效果。我院自2001年8月至2008年5月采用腹腔镜肠粘连松解术治疗12例肠粘连,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组12例肠粘连患者,其中男7例,女5例;年龄25~64岁;手术后3~25年。原手术方式:阑尾切除术后5例,胃溃疡穿孔术后3例,卵巢囊肿术后2例,子宫切除术2例。粘连类型:网膜与原切口形成束带粘连3例,网膜与腹后壁形成束带粘连2例,肠管与原切口粘连成角4例,肠管与盆底腹膜粘连成角2例,肠管腹壁网膜间广泛粘连1例。临床表现均以术后反复发作肠梗阻或慢性腹部胀痛为主诉,所有病例术前均摄立位腹部平片、肠镜或钡灌肠检查。

1.2 手术方法

在全麻下进行手术,根据临床表现、术前腹部立位平片及原切口部位估计粘连位置,在脐平面距原切口至少5.0 cm左或右侧处作一长1 cm的观察孔,建立气腹。气腹成功后维持腹内气压在10~15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),抬高粘连处体位,使肠管下坠,利于暴露,便于操作,置入腹腔镜,按顺序探查腹腔。镜下探查后则根据其粘连程度及范围确定辅助孔和操作孔2~3个,进行粘连松解。粘连松解应尽量防止肠管损伤,无损伤钳牵引粘连组织,使其具有一定张力,然后分离。可不作大的分离,只将引起梗阻的粘连分开即可。分离肠管与腹壁间粘连时,应遵循"宁伤腹壁,勿伤肠管"的原则,束带粘连致肠梗阻者,切除束带;小肠与腹壁粘连成角及小肠、网膜与腹壁粘连者,用电钩分离,肠管与肠管间的粘连,疏松组织用分离剪分离,如损伤肠管的浆肌层,则用带针可吸收线间断缝合修补。术中注意腹腔镜各器械的更换交替使用,从不同的角度松解粘连。术后检查肠管有无损伤,反复用生理盐水冲洗腹腔、创面,切口涂抹透明质酸钠以防止再度形成粘连。术后均常规放置腹腔引流管。

2 结果

本组11例肠粘连在腹腔镜下顺利完成肠粘连松解术,手术时间25~120 min,平均65 min,患者术后第1天下床活动,胃肠功能恢复并开始进食,术后住院3~7 d后痊愈出院;1例手

[作者简介] 田立启(1972-),男,黑龙江省东宁县人,主治医师,本科,主要从事普通外科临床方面的研究。电话:(0453)6513133,E-mail:tlq100600@163.com

[收稿日期] 2009-02-08 [修回日期] 2009-03-20

术后1 d出现腹痛、肌紧张等腹膜炎症状，腹腔引流管引出较多肠内容物，行急诊剖腹探查，见肠管壁有5 mm破裂，行破裂段小肠切除、肠吻合术，术后住院10 d后痊愈出院。

3 讨论

腹部手术后发生肠粘连、肠梗阻是常见并发症，用保守方法不能从根本上松解粘连造成的机械梗阻。传统的肠粘连松解术虽然能松解粘连，但具有相当的盲目性，探查范围大，腹腔脏器暴露时间长，腹膜和浆膜损伤大，出血多，手术后腹腔内炎性反应较重，再次粘连发生率高，成为临床治疗的难题。腹腔镜肠粘连松解术不仅表现在切口小，还表现在局部解剖精细。通过减少腹膜损伤，避免腹腔脏器暴露于空气中引致感染的机会，减少对肠管的物理性刺激，胃肠功能恢复快，继而减轻炎症反应，减少纤维蛋白的沉积，从而避免再次粘连的形成。腹腔镜视野较广，几乎没有死角，只要镜头能进入间隙看到的地方都可以是手术部位，可对腹部进行全面探查，根据具体情况分离肠管，减少肠管损伤及减少肠管暴露时间。腹腔镜肠粘连松解术具有创伤小、痛苦轻、胃肠功能恢复快、进食早，下床活动早，瘢痕小等微创外科的优点，既可防止再粘连又可节省住院费用，腹腔镜手术与开腹手术相比还可降低腹壁肥厚患者术后切口脂肪液化、感染的危险性，同时可避免切口疝，最能体现用微创手术解决大问题，明显优于开腹手术[3-4]。腹腔镜手术治疗肠粘连时应注意手术适应证的选择，特别是手术时机的掌握[5-6]，适应证为：①单纯性不完全性肠梗阻，腹胀较轻；②保守治疗虽缓解，但梗阻症状仍短期反复发者；③腹部手术后慢性腹痛、腹胀，严重影响生活者，特别是慢性腹痛持续6个月以上、有既往手术史、腹痛部位较固定者。

腹腔镜肠粘连松解术具有创伤轻，探查范围广，定位准确，诊断同时兼有治疗功能，可部分代替开腹手术，但对严重粘连尚有一定难度。因为腹腔镜只能观察脏器表面，不能触摸脏器内部，故易造成部分病变的遗漏。而且，腹腔镜手术操作难度大，易损伤脏器，尤其在肠管极度扩张时更是如此，且损伤后寻找及处理相对困难。严重腹胀、小肠极度扩张、有腹膜炎体征、非常致密的粘连、融合的肠管、曾有1～2次开腹肠粘连松解术病史等是相对禁忌证。腹腔镜肠粘连松解术手术中注意事项有[4-8]：①经腹腔镜确定粘连部位后再精心设计操作孔部位，第一个穿刺孔尽可能选在脐孔周围，原则上应距原切口5 cm以上。观察孔与操作孔、操作孔与操作孔之间的距离不宜过近，以免器械相互干扰，影响手术操作，三个孔的位置关系大致呈三角形便于探查操作。②术中宜采取先易后难的原则分离脏器与腹壁的粘连，注意要全面探查，以免遗漏。③应遵循“宁伤腹壁，勿伤肠管”的原则，分开粘连后，仔细检查粘连处肠管有无损伤及穿孔。④腹壁创面可以电凝止血，肠管创面止血忌用电凝，应以压迫、缝合止血为主。⑤肠管与腹壁粘连时用1∶1 000肾上腺素盐水在腹壁与肠管之间组织内浸润，这样减少渗血，容易分离，缩短手术时间。⑥术中止血应彻底，冲洗腹腔减少血细胞刺激炎症介质释放和纤维蛋白原沉积，涂抹透明质酸钠于粘连部位可以封闭创面，促进浆膜的修复，预防组织再次粘连。如果多处致密粘连而为梗阻所在，则及时中转开腹，以免导致肠穿孔的发生。⑦术毕大量生理盐水冲洗腹腔，仔细止血，手术结束应仔细缝合各穿刺孔，以免发生切口疝。⑧术后早期下床活动，口服西沙比利、中药四麻汤等促肠蠕动恢复。⑨在分离面较大时，可能有渗血或在分离过程中损伤肠管，镜下缝合处理后，最好放置引流管，以防积血或脓肿形成，预防再粘连的发生[9]。

腹腔镜肠粘连松解术具有微创伤、探查范围广、诊断准确并可同时进行治疗等特点，手术成功率高，合并症少，但对严重粘连尚有困难。只要严格掌握手术适应证，有选择性地施行腹腔镜探查，肠粘连松解术是安全可行的[10-11]。

[参考文献]

[1] 吴阶平，裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2000. 1074－1077.

[2] 黄志强. 我对微创外科新概念的理解[J]. 中国微创外科杂志，2001，1(5)：257－260.

[3] 吴志明，娄建平，孟兴成，等. 腹腔镜与开腹肠粘连松解术的对比研究[J]. 中国微创外科杂志，2004，4(1)：41－42.

[4] 李国楼，刘述霞，张永波，等. 腹腔镜肠粘连松解术18例分析[J]. 潍坊医学院学报，2004，26(2)：128－129.

[5] 保红平，高瑞岗，方登华，等. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻的临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志，2004，9(3)：139－141.

[6] 葛春林，宋茂民，郭仁宣，等. 应用腹腔镜诊治小肠不全梗阻2例报告[J]. 中国实用外科杂志，2000，20(12)：745－746.

[7] 庞典付，张克难，冯安明，等. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻42例报告[J]. 腹腔镜外科杂志，2008，13(5)：406－407.

[8] 瞿 明，钟林坚，刘德梁. 腹腔镜在肠粘连松解术的应用[J]. 腹腔镜外科杂志，2006，11(6)：495－497.

[9] 张连阳. 粘连性肠梗阻的治疗进展[J]. 局解手术学杂志，2005，14(2)：C002.

[10] 许 军，白雪巍，孙 备，等. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻的体会[J]. 中华胃肠外科杂志，2004，7(1)：70－71.

[11] 廖伟春，严晓东，黄 强. 腹腔镜胆囊切除对患者生存质量与医疗效率影响的研究[J]. 局解手术学杂志，2007，16(2)：80－81.

（编辑：左艳芳）