房,掌握患者第一手资料,记你所做的,做你所写的,力求记录客观、准确,既不是医生记录的翻版,又避免医护记录不相符。护理人员的专业素质和业务水平是影响护理文书质量的重要因素[4]。我们通过全院性大讲课及科室小讲课相结合的形式在风险防范、专科业务与基础理论、护理文书书写规范等方面进行培训。按照护理部年度业务培训计划,对外科手术科室进行护理业务现场查房,了解和评价科室护理人员对专科理论、围手术期护理掌握、护理措施的实施情况,并及时的给予业务指导。每月参与科室护理质量分析会,将护理文书质量控制中发现的护理问题与相关科室护理人员共同分析、讨论,查找影响术后患者护理质量的因素,共同制定整改措施。通过对护理文书的质量管理,2011 年手术患者病历缺陷数与去年同期相比下降了 397 条,下降率为 38%,围手术期护理质量得到了不断的提高。

护理文书不仅是病情观察和实施护理措施的记录,同时它体现了护理人员的综合素质、法制意识、质量意识、专业知识水平及文书书写能力等。因此,对护理文书的质量管理不能单纯地体现在奖与惩的层面上,而应该通过对护理文书质量监控过程中发现、挖掘影响护理质量的重要因素,引导科室有针对性地制定改进措施,确立新的目标,促进临床护理质量不断提高

[参考文献]

[1] 林艳娟,李满华,张淑琴. 护理病历质量缺陷分析与对策[J]. 护理管理与研究,2008,10(5):99.

[2] 卿晓堂,梁凤仙. 中医表格式护理记录单的实际和使用[J]. 护理管理杂志,2008,7(8):47-48.

[3] 陈 爱. 质控小组在护理病历管理中的作用[J]. 护理研究,2005,19(3):542.

[4] 丁四清,闽 杰. 三级医院护理文书存在的问题与对策[J]. 中国医院管理,2008,28(4):53-54.

(编辑:左艳芳)

368 例复杂困难型腹腔镜胆囊切除手术解剖技巧与分析

Clinical analysis and operation anatomical skill of complicated difficult laparoscopic cholecystectomy in 368 cases

陶 锐 (璧山县人民医院肝胆外科,重庆 璧山 402760)

[关键词] 复杂困难型;腹腔镜胆囊切除;手术解剖技巧;临床分析
[中图分类号] R575.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)06-0671-02

随着腹腔镜外科技术的不断提高和腹腔镜设备器械的改进,腹腔镜外科技术现已广泛应用于腹部多种手术。采用腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy,LC)治疗胆囊良性疾病已较为普遍。随着手术的推广、手术适应症的扩大,大多数基层医院也开展了该手术,术中所遇到的复杂问题也不断增加。如急性胆囊炎、慢性胆囊炎急性发作所致胆囊 Calot 三角水肿、粘连,Mirizzi 综合征、慢性萎缩性胆囊炎、胆道系统变异等情况,增加了术中、术后出血和胆道损伤的风险,这一类胆囊在临床上称为"复杂困难型胆囊"[1]。我院肝胆外科 2002 年 3 月至 2011 年 3 月共开展腹腔镜胆囊切除术 2 268 例,属于复杂困难型胆囊共 368 例(16.7%)。本文回顾性分析 LC 处理复杂困难型胆囊的手术解剖技巧,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组病例 368 例,其中男 116 例,女 252 例,年龄 14~89 岁,大于 60 岁 215 例(58.4%),小于 18 岁 12 例(3.2%),平均 48 岁。急性水肿型胆囊炎 151 例,急性化脓性胆囊炎 110 例,萎缩性胆囊炎 60 例。胆囊坏疽 10 例,合并结石嵌顿 86 例、胆囊管结石 32 例。Mirzzi 综合征 3 例,胆道变异 3 例,胆囊结肠瘘 1 例,合并肝硬化 2 例,重度肥胖者(体重大于 100 kg)6 例。既往有腹部手术病史 32 例,包括有上腹部手术史,如胃大部切除、消化道穿孔、脾切除,下腹部手术史如阑尾切除、剖宫产、直肠、乙状结肠手术史等。其中急性胆囊炎(261 例)发病 72 h 内行手术者 190 例,超过 72h 行手术者 71 例。所有病人术前均行腹部彩超检查,若发现胆总管增粗(大于 8 mm)及胆红素、肝功酶谱增高者均行腹部 CT 或 MRCP 检查,未发现继发性胆总管结石。

1.2 手术方法

采用全身麻醉,常规放置腹腔镜,建立 CO_2 气腹,压力控制在 11~14 mmHg。置入腹腔镜后,完整暴露胆囊,观察胆囊及 Calot 三角。若胆囊张力高,不易抓持,则行胆囊穿刺减压。解剖 Calot 三角,游离胆囊管,显露"三管一壶腹",明确后以钛夹或生物夹夹闭胆囊管及胆囊动脉,解剖胆囊床,切除胆囊。如果胆囊三角粘连致密、水肿重或大量脂肪堆积,解剖困难,则用逆行切除、顺逆结合法或胆囊大部分切除法切除胆囊。若术中胆囊结石嵌顿或胆囊管结石,则尽可能将结石挤入胆囊后切除胆囊。若出现局部水肿、渗血等情况导致术野显示不清,使用

[收稿日期] 2012-06-08 [修回日期] 2012-06-29

三通吸引器一边吸引、一边连接输液器冲洗术野,结合吸引器钝性分离,充分暴露手术野。术后常规放置腹腔引流管,2 ~ 3 d 后拔出。

2 结果

345 例成功完成 LC,23 例中转开腹。345 例 LC 术中出血量 10 ~ 350 mL,平均 89.6 mL。手术时间 30 ~ 150 min,平均 80.5 min。339 例顺利恢复,引流液清亮,引流量小于 30 mL/d 后(一般 2 ~ 3 d)拔除引流管,术后 5 ~ 7 d 出院;1 例术后腹腔出血,于术后 1 d 发现腹腔活动性出血后立即腹腔镜下探查止血(为钛夹脱落所致);2 例术后 2 d 发生胆漏,引流量少,采取保守治疗(禁食、预防感染、营养支持)后治愈;2 例发生胆总管侧壁损伤,其中 1 例术中中转开腹行胆管损伤修补、T 管引流术,1 例术后 2 d 开始出现腹痛、黄疸,给予胆道探查、胆总管侧壁修补、T 管引流术;1 例发生右肝管电凝热灼伤,术后 1 月出现右肝管狭窄,术后 3 个月后到上级医院行肝门部胆管整形、胆肠吻合术后治愈。术后均随访 6 月,未发现并发症。绝大多数病人术后第 2 天进食,下床活动,应用抗生素 3 ~ 5 d。老年患者(大于等于 60 岁)与非老年组患者(小于 60 岁)相关临床资料比较,提示高龄病人的手术风险和困难程度明显增高。

3 讨论

近年来随着腹腔镜技术的普及与提高和术者经验的积累,胆囊切除的适应症也在不断扩大。但由于适应症选择不当以及腹腔镜技术本身的缺陷都可能造成严重的并发症。原来认为的胆囊颈部结石嵌顿,胆囊萎缩、Mirizzi 综合症、有上腹部手术史等是 LC 的相对禁忌症,随着术者能力的提高和技术的进步,这些疾病也逐渐成为 LC 的适应证[2]。术前腹部彩超、CT 或 MRCP 可以判断胆囊形态、大小,胆囊壁厚度,结石的位置及大小,胆囊三角的大致解剖关系[3]。

本组资料显示复杂困难性胆囊切除手术病人以老年、肥胖病人为主,该类患者多合并冠心病、高血压、糖尿病等基础疾病,经适当处理后在情况允许时尽早手术治疗[4]。对于胆囊结石引起的胆源性胰腺炎,无肝内外胆管梗阻的情况下,尽早手术,以预防胰腺炎复发。对于急性结石性胆囊炎尤其是由于结石嵌顿后诱发的急性胆囊炎,发生胆囊坏疽或者穿孔的风险较高,应尽早手术治疗。若胆囊炎超过 72 h,由于胆囊壁质地脆,夹持困难,并与周围脏器、网膜广泛粘连,致使胆囊三角无法满意显露,手术十分困难,容易造成胆道及周围脏器损伤[5]。

对于重度肥胖患者,胆囊三角脂肪堆积,三角解剖不清,术中易损伤胆管及血管。术中应在胆囊颈部将脂肪及纤维结缔组织多次少量钩起电切,逐渐分离出胆囊管和胆囊血管。对于急性胆囊炎,先分离胆囊与周围组织粘连,对肿胀明显的胆囊,应适时减压后,充分显露并认清胆囊 Calot 三角[6]。钝性剥离胆囊三角内组织,仔细辨认胆囊动脉及胆囊管,若系胆囊动脉,判断其走行进入胆囊壁,则靠近胆囊壁夹闭血管后电凝离断。若系胆囊管,则仔细判断“三管一壶腹”的关系,若不能确认,可逆行或顺逆结切除胆囊,如遇胆囊颈部及胆囊管的嵌顿结石,则尽量小心将结石推入胆囊,避免强行挤压、夹碎,防止继发胆总管结石的发生。若结石嵌顿较紧,可纵行剖开胆囊管取出结石,然后夹闭或者在其近端用丝线套扎或缝扎胆囊管。若胆囊管周围粘连不易游离,则采取胆囊次全切除术[5]。对于亚急性胆囊炎、慢性萎缩性胆囊炎等情况,胆囊反复炎症发生后,胆囊与周围组织或胆囊三角形成较致密的瘢痕乃至冰冻样粘连,采用电钩“脉冲样”分离粘连。若胆囊三角致密不易突破,可选择胆囊后开窗法,即胆囊后三角入手,并紧贴胆囊颈部游离,这样可远离胆总管[7]。或者于胆囊颈部横断胆囊后,沿胆囊颈部向下游离,见有胆汁冒出后,用生物夹“阶梯状”夹闭,或用可吸收缝合线连续缝合关闭胆囊管。手术中若出现胆囊三角出血,可使用三通吸引器一边吸引、一边连接输液器冲洗术野,结合吸引器钝性分离则能满意清晰显露手术视野。若有因为胆囊动脉及分支破裂或断裂引起“喷射样”出血,量较大,用纱布条压迫止血找到出血点,用钛夹点状夹闭。再分离出该血管或分支后用生物夹夹闭。反复 2 ~ 3 次仍然无法找到出血点、且出血速度快者,应果断中转开腹。

复杂困难性胆囊往往胆囊炎症重、局部解剖困难、“三管一壶腹”辨认不够清晰,作者均采用术中放置腹腔引流管,经右肋缘下戳孔引出固定,一般放置 2 ~ 3 d。腹腔引流可以尽早反映腹腔内创面情况,如出现出血、胆漏等,尽早采取补救措施。所以手术后及时引流,避免发生局部积液、胆汁瘤、感染等情况[1]。本组病例术后常规放置腹腔引流管,2 ~ 3 d 后拔出。

尽管复杂困难性腹腔镜胆囊切除增加了手术难度及手术风险,但具有创伤小、美观等优点。正确把握手术适应症、手术时机,遵循手术原则,熟练掌握手术解剖技巧,术后仔细观察有无漏胆、出血,可取得满意疗效,降低手术并发症。

[参考文献]

[1] 张效东,周宁新,陈军周,等. 达芬奇机器人手术系统行复杂胆囊切除术三例[J]. 中华消化外科杂志, 2010, 9(5):388.

[2] 缪辉来. 复杂困难型腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的预防[J]. 国际外科学杂志,2008,35(4):283 - 284.

[3] 许德华. 腹腔镜下胆囊切除术 120 例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2011,20(3):317 - 318.

[4] 钟彦文, 郭渝明, 陈 俊,等. 200 例高龄病人腹腔镜胆囊切除的风险暨困难情况分析[J]. 重庆医学,2005,34(2):267 - 268.

[5] 高 君, 孙文兵, 张延峰, 等. 腹腔镜胆囊次全切除术在困难性胆囊切除中的应用[J]. 中国综合临床,2010,26(4):423 - 425.

[6] 李 毅,张 伟,曲银生,等. 经脐单孔腹腔镜处理困难胆囊三角[J]. 中华消化外科杂志, 2011, 10(6):457 - 458.

[7] 尹耀新, 彭 毅, 熊 沛,等. 1600 例腹腔镜胆囊切除术无胆管损伤的临床体会[J]. 中国内镜杂志,2008,14(6):649 - 651.

(编辑:杨 颖)