维普资讯 http://www.cqvip.co

局解手术学杂志 2003年第12卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.2

复杂的腹腔镜胆囊切除术操作体会

李 翔* 朱 宏*

【摘 要】 **目的** 探讨操作较为复杂的腹腔镜胆囊切除术的手术方法。**方法** 对84例操作困难的腹腔镜胆囊切除术进行总结和分析。**结果** 84例手术除3例中转开腹外,其余均获成功。**结论** 如术者经验丰富,手术操作熟练,可以安全进行较复杂的腹腔镜胆囊切除术。

【关键词】 腹腔镜;胆囊切除术

Experience of laparoscope on complicated cholecystectomy *Li Xiang, Zhu Hong. Department of General Surgery, the Fifth Hopsital of Shengyang, Shengyang* 110023

【**Abstract**】 **Objective** To explore the treatment of some complicated condition laparoscopic cholecystectomy(LC). **Methods** The experience on 84 cases were analyzed. **Results** A total of 84 cases were cured. **Conclusion** The complicated laparoscopic cholecystectomy is safety, if operator has abundant experience.

Key words Laparoscope; Cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除术(LC)的适应证随着手术经验的积累和操作技术的熟练已逐步扩大。我院自1998年以来共行LC手术200余例,其中84例较为复杂。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共84例,其中男32例,女52例。年龄从27~82岁,平均45岁。病史1~20年。急性化脓性胆管炎30例,伴有胆囊颈结石嵌顿22例,坏疽穿孔6例,胆囊Calot三角冰冻性粘连8例,慢性萎缩性胆囊炎12例,胆囊结石伴肝硬化者24例,充满型胆囊结石25例。

1.2 方法

全组病人均采用气管插管和全身麻醉,呈头高足低15°,右高约10°卧位,建立气腹,常规ABCD点穿刺置入手术器械,除3例中转手术外,全部腹腔镜下完成,成功率96.4%,手术时间40~240 min,平均90 min,LC术置肝下引流36例,留置时间2~3 d。术后3~5 d出院。

2 结果

84例腹腔镜手术,除3例中转开腹外,其余全部治愈。

3 讨论

目前,腹腔镜胆囊切除术(LC)已占胆囊切除术的80%~90%[1]。由于地区和医生及病人观念的差异,对东北地区的胆石症病人大多选择中西药结合的保守治疗,因而很多病人都是反复发病几年或十几年,最后不得已才来做手术,且我院开展LC手术初期遇急症较多,因此,我科在工作中所遇到的LC手术大多较复杂,现将操作方法体会加以探讨。

3.1 急性化脓性胆囊炎及坏疽穿孔性胆囊炎

一般发病在10~72 d,表现为急性右上腹疼痛。查体右上腹压痛,反跳痛及肌紧张,莫非氏征阳性。术中见胆囊明显肿胀,张力大,胆囊壁水肿变厚,组织脆弱,胆囊Calot三角炎性水肿,解剖不清,常有结石嵌顿于颈部,张晓东等统计有上述症状者占85%[2]。本组急性化脓性胆管炎30例伴胆囊颈结石嵌顿22例,胆囊坏死穿孔6例,除一例因胆囊动脉出血而中转手术外,其余均获成功。在操作时具体的体会是:(1)应首先行胆囊穿刺减压:可利用穿刺针经正中线右肋缘下穿刺孔刺入胆囊底,然后负压吸引减压,用抓钳抓住针孔处胆囊壁牵拉胆囊,以利暴露三角。(2)胆囊颈结石嵌顿者可用分离钳设法将其推挤入胆囊内。(3)解剖三角区时,应靠Hartmann囊用分离钳钝性分离,辩认

* 作者单位:110023 沈阳市第五人民医院普二科

维普资讯 http://www.cqvip.com

清楚三者关系后，再施夹切断，操作时应靠近胆囊壁，宁伤胆囊不伤胆管。(4)术后仔细冲洗，常规放置肝下引流管。

3.2 慢性萎缩性胆囊炎伴冰冻样粘连。

长期的慢性炎症浸润，导致纤维组织增多，胆囊壁厚，萎缩，坚硬与肝床紧密粘连，胆囊三角纤维化，呈"冰冻样"粘连，三者关系不清，较难进行 Calot 三角解剖。本组20例，除一例因胆囊与肝总管愈着而损伤，中转开腹外，余均获成功。本文认为：(1)首先确定胆囊壶腹部，抓住壶腹上拉，从壶腹部向胆总管钝性或少量多次电分离或游离胆囊管，然后靠近胆囊游离；(2)根据情况可行逆行胆囊切除，先将胆囊周围粘连分离清楚，然后用电凝钩紧贴胆囊壁剥离胆囊壶腹，少量多次电切，结合钝性游离出胆囊管；(3)如胆囊萎缩，胆囊壁与肝床粘连难以分离时，可以采用胆囊部分切除术，可剖开胆囊取出结石及切除大部分胆囊壁，残留于肝床的胆囊壁可用电凝钩"地毯式"烧灼碾坏粘膜，并止血。

3.3 胆囊结石伴肝硬变者

本组共14例，LC成功。此类病人胆囊组织血流量往往增多，胆囊静脉曲张，胆囊胀大，且多数嵌入肝实质内，胆囊三角组织脆弱，故易出血。本文认为局部条件好的，可以常规进行手术，手术时应保证止血可靠。遇到较明显的胆囊静脉可先行近端置钛夹，或电凝止血。如切除胆囊后，肝床经电灼仍渗血，局部可以用胶原蛋白等止血物压迫止血，术后置肝下引流，如胆囊剥离困难，可采用慢性萎缩性胆囊伴冰冻样粘连中所述方法行胆囊大部分切除术。剥离时宁可剥破胆囊而不应损伤肝脏。

参 考 文 献

1. Luo Jian, Shi Hingsen, Circulatory and respiratory effects of intraperitoneal insufflation with carbon dioxide in the laparoscopic operation patient. Acta Xi'an Med Univ, 1995, 7(1):83.
2. 张晓东，高德宝，周维平，等. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎115例体会. 内镜外科杂志，1998，3:10－11.

(收稿日期：2003－04－14)

·个案与短篇·

脑转移瘤病人行肠外营养致热原反应一例分析

戴亚虹* 郭成云* 陈亚君*

1 临床资料

病例，男，62岁。因左侧肢体活动失灵12 h，伴失语，于2002年3月13日入院。诊断：脑梗死。患者神志清，反应迟钝，左眼闭合欠佳，口角向右偏，高血压病史30年，脑膜刺激征(+)。头颅CT示双基底节区脑梗死。按医嘱给予改善脑循环和对症治疗及肠内营养。3月14日，病人出现呕血500 ml左右。测血压12/8 kPa，黑便二次。诊断上消化道出血。遵医嘱给予止血、抗炎和输血治疗。同时给予肠外营养(TPN)液1500 ml，滴速40～50滴/min，注入约20滴后，患者出现寒战，发热39℃，心率140次/min，立即减慢滴速，当时考虑可能输液速度过快，即将滴速调为30滴/min，3 min后患者寒战、发热加重，即刻换掉营养液，改为10%葡萄糖500 ml，地塞米松20 mg，维生素C 5.0 g，同时给予异丙嗪5.0 mg肌注，高流量氧气吸入，数分钟后，患者安详入睡，追问既往药物过敏史，其家属讲述曾单独使用过华瑞公司生产的脂肪乳和凡命等TPN液内的药物，未出现过类似症状，即排除药品不良反应，当时患者只是单通道输注TPN液，最后诊断为输液反应。

2 结果与讨论

TPN液是葡萄糖、氨基酸、脂肪乳、维生素、电解质、微量元素等的混合制剂。其中的氨基酸、葡萄糖对许多细菌和真菌都是最好的培养基，少数细菌污染都可繁殖，引起严重感染。该患者采用的是周围静脉输注营养液，首先排除由中心静脉导管引起的感染。通过对TPN液的配制、保存和输液过程分析感染的来源，该TPN袋是于当天由配制室配制，取出立即由护士给患者按无菌技术输注，且滴数40～50滴/min，对配制室的防污染和配制技术进行分析，发现其中存在一定问题。即是消毒方法上欠妥。在此之前配制室是每日用紫外线灯管于操作前和操作后各照射1 h，每周末用甲醛熏蒸进行空气消毒。而对配

(下转131页)

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学附属第一临床医院