维普资讯 http://www.cqvip.com

平均年龄35岁。受伤原因:交通事故伤52例,坠落摔伤21例,踢伤15例,挤压伤10例,刀刺伤5例,牛顶伤1例。伤后就诊时间:30分钟~2小时22例,2小时~6小时70例,6小时以上12例。本组病例合并休克者62例(59.6%)。进行诊断性腹腔穿刺81例,共计112次,有一例进行了4次腹腔穿刺才获阳性结果,腹腔穿刺81例,67例阳性(83.6%),14例阴性。

2.损伤情况:脾破裂35例,肝破裂24例,小肠损伤30例,结肠损伤5例,肾损伤4例,胃破裂伤3例,膀胱破裂5例,单纯肠系膜,大网膜挫裂伤3例,腹膜后血肿7例,共计116例。104例病人中,合并脑损伤5例,胸部外伤8例,骨盆骨折4例,四肢骨折7例,尿道损伤2例,腰椎骨折1例。

3.治疗及结果:104例中有4例进行了2次手术。手术方式:脾切除28例,同时行脾片移植12例,脾修补7例(2例行脾动脉结扎)。肝部分清创性切除2例,肝修补17例,大网膜及明胶海绵填塞3例,纱布填塞2例。小肠破裂修补4例,小肠部分切除吻合16例。结肠损伤修补2例,造瘘2例,一期切除吻合1例。肾损伤肾切除2例,单纯引流2例。胃破裂修补加造瘘3例。膀胱破裂修补造瘘5例。其余病例行剖腹探查、止血、清除积血、腹腔引流术。104例中,治愈97例(93.2%),死亡7例(6.8%),死亡病例中,肝损伤3例,脾损伤2例,小肠损伤2例。

二、讨论

1.诊断:急性腹部外伤病例中休克发生率高,本组达59.6%(62/104)。因此,不容过多腔穿刺即应作出初步判以来已广泛应用于临床[2]。研究已经证实对于血液稀释和失血的患者输入等量的因一部分病人症状和体征表现不明显,故应追踪观察,注意生命体征变化。本组1例右季肋部撞伤1小时来诊,当时血压、脉搏正常,一般情况好,仅右季肋部轻微疼痛,对症治疗后回家,翌日起床时,突然昏倒,急送复诊,病人已休克,腹穿抽出不凝血液,急诊手术证实为肝破裂出血;遇有严重多发性损伤,由于伤情严重复杂,某些腹内脏器损伤征象常被掩盖,昏迷或休克者更易漏诊,尤其要注意胸、脑部位的致命伤存在;左右下腹部反复多次地进行诊断性腹穿是提高腹内脏器损伤诊断率简便而行之有效的重要手段;腹部刀刺伤病员,不能做简单的清创缝合处,要仔细清创检查,如果发现腹膜腔破裂,应高度怀疑有腹内脏器损伤可能;对可疑病例选择性地辅以X线,B超等检查,则更有助于提高腹部外伤的诊断率与准确性。

2.治疗

2.1 手术时机及指征:已确诊或高度怀疑有腹内脏器损伤者应在做好紧急手术前准备的情况下,力争早期手术;对合并有休克者,力争使收缩压恢复到12kpa以上进行手术,但经积极抗休克治疗后休克未能纠正,多提示腹内有进行性大出血或腹内严重感染所致重度感染性休克,应当机立断在抗休克治疗的同时立即手术探查。我们体会若出现:腹部损伤后不明原因低血压经抗休克无好转。②持续性腹部胀痛,腹部有固定压痛或肌紧张,局部症状明显,观察1~2小时以上,未见好又不能排出腹内损伤者。③腹穿或灌洗结果阳性。④X线检查膈下有游离气体或肠麻痹征象,可作为手术指征。

2.2 手术原则:手术要把抢救病人生命放在首位,进腹后按先止血,后修补的原则,手术方法宁简勿繁,处理要有计划,绝对不能见损伤就处理,而耽搁严重或威胁生命创伤的处理,切口要够大,暴露要充分,手术探查要有重点,要按顺序渐进,以避免遗漏。手术的关键是彻底止血,清除病灶,清洗腹腔及充分引流。

(收稿:2000-01-04)

245-246 腹腔镜 胆囊切除术 R657.4 胆囊炎 胆囊(结石)

腹腔镜胆囊切除术138例报告

许 可* 冯来运* 张兴礼* 詹 刚*

腹腔镜胆囊切除术(简称LC)自1991年引进我国后,经过近10年的发展,目前在全国范围内已得到了广泛开展,与开腹胆囊切除术(简称OC)相比较,LC具有创伤小,痛苦少,术后恢复快,住院时间短等优点。现将我院自1999年2月至2000年6月所行138例LC术报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组138例,男性76例,女性62例,年龄21~78岁,平均年龄48.4岁,胆囊结石116例,胆囊息肉22例,合并急性胆囊炎12例,萎缩性胆囊7例,既往有上腹部手术史3例,有下腹部手术史11例。

2.手术方法:应用美国Stryker公司的全套腹腔镜系统,所有病例均采用气管插管静脉复合麻醉,闭合法建立气腹(腹内压为12~14mmHg),应用腹壁三套管或四套管法完成手术,Calot三角采用电切和钝性分离相结合完成。

3.结果:其中中转开腹四例(胆囊动脉难以控制出血1例,横结构,胃窦、十二指肠与胆囊致密粘连1例,Calot三角"冰冻"样粘连2例),所有病例均全愈出院,无一例并发症发生,平均住院天数为5天。

二、讨 论

LC目前在国内外已成为较成熟和较普及的技术,但仍存在一些并发症的发生,本文将LC常见的并发症及其预防措施以及中转开腹原因讨论如下。

1.穿刺所致并发症

穿刺所致并发症主要有:①腹壁血管损伤,特别在伴有肝

* 作者单位:430010 武汉市161中心医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

硬化，门脉高压的患者，因其腹壁静脉曲张，穿刺时易损伤血管造成出血，故选择穿刺点应避开曲张的血管。②穿刺时造成腹腔内脏器损伤，既往有腹部大手术史或曾患结核性腹膜炎患者，因腹腔内脏器与前壁形成广泛粘连，Veress针穿刺建立气腹和第一点穿刺置入套管时均属盲穿，最易发生腹腔内脏器损伤，故在选择穿刺部位时应远离原切口5cm，若仍存在着真性充气困难[1]，应中止腹腔镜手术。③腹膜后大血管损伤，多为穿刺时暴力所致，因此在操作时应动作轻柔，Veress针穿刺有两次"突破感"，穿刺锥穿刺时应左右旋转均匀用力，严防暴力非常重要。④皮下气肿，多因Veress针未进入腹腔时大流量充气所造成。

2.分离时造成脏器损伤：①邻近脏器损伤，慢性胆囊炎病史长，反复发作者或急性胆囊炎严重者，常有大网膜、横结肠、十二指肠、胃窦、幽门等与胆囊粘连，多数情况粘连较疏松，分离并不困难。但少数患者粘连致密，强行分离易造成脏器损伤，故遇此情况要果断行开腹手术，本组1例术中发现横结肠、十二指肠与胆囊致密粘加，难以分离、故转行OC。②胆囊动脉出血，胆囊动脉出血可发生于术中和术后，术中胆囊动脉出血原因主要为过度牵拉，粗暴分离，大块电凝，或胆囊动脉变异（数目及走源变异），离断胆囊动脉时离钛夹过近等，本组1例中胆囊动脉出血是因解剖变异，在处理完胆囊动脉前支后，未发现存在后支，大块电凝造成胆囊动脉后支出血，虽经有Hartamann囊持续压迫，出血难以控制，为防止盲目施钛夹造成肝外胆道损伤，故中转开腹。术后胆囊动脉出血均因钛夹滑脱所致，故所施钛夹应牢固可靠离断胆管动脉时应尽量离所施钛夹远些，可防止钛夹滑脱。术后应严密观察引流液的量及颜色及生命体征变化。③肝外胆道损伤，肝外胆道损伤是LC最严重而又最难以处理的并发症。随着外科医师操作技术的提高，该项并发症已较开展LC初期明显降低。造成肝外肝道损伤的原因很多，主要有：①各种原因所致Calot三角病变严重，如合并急性胆囊炎发作，萎缩性胆管，胆管颈部或胆囊管结石嵌顿，胆管颈部与肝总管、胆总管粘连，肝十二指肠韧带严重水肿等。②Calot三角内脂肪堆积造成Calot三角内结构显示不清，③解剖变异，肝外胆道解剖变异较多，对LC具有临床意义的是胆囊管变异和存在右侧副肝管。胆囊管有低位，极低位，高位汇合等三种与肝总管汇合高低位置类型变异，同时可有胆囊管经肝总管管前，后汇入肝总管左侧壁变异[2]。我们的经验认为预防肝外胆道损伤的措施有以下几点：①熟练的腹腔镜下操作技术，LC应由经过严格训练且具有丰富的OC术的医师完成，手术组成员均应经过培训并应相对固定。②正确辨认Calotg三角的三管一壶腹，所谓三管是指胆囊管、肝总管、胆总管，一壶腹是指Hartamann囊，正确处理Calot三角是LC的关键步骤，解剖Clot三角时首先尽量帖近H囊，切开Calot三角前、后叶腹膜，找到胆囊颈与胆囊和的移行部分，采用电凝与纯性分离相结合。Calot三角前后叶分离相结合的方式逐步向肝总管方向分离胆囊和及胆囊动脉，电凝钩应少量多次钩起组织（电凝钩尖端指向胆囊，长轴与胆囊管、胆囊动脉平行）并确认所钩组织中无管道后再离断，脂肪结缔组织清除后，Calot三角内的胆囊动脉、胆囊管均清晰可辨。离断胆囊管及胆囊动脉时应尽量靠近胆囊，不必担心残留胆囊管过长（若胆囊管内存在结石，可先将结石挤入胆囊后离断）。所施钛夹应牢固可靠。若遇Calot三角病变严重，解剖困难，如：Calot三角粘连，胆囊管自身粘连，扭曲，胆囊壶腹与胆囊管粘连、壶腹与肝总管、胆总管粘连，或Calot三角脂肪堆积，解剖不表时更应紧帖胆囊，当粘加致密，难以分离时不要强行分离，可行逆行胆囊大部切除或中转开腹。逆行胆囊切除应沿胆囊浆膜下向内分离出胆囊管，所遇纤维囊时，需注意与胆囊动脉、胆囊管鉴别。

三、关于中转开腹

中转开腹有主动和被动之分[3]，主动开腹是指术中尚未发现并发症而中转开腹，而后者是指术中发生严重出血、脏器损伤后被迫中转开腹，本组中转开腹4例，中转开腹率为2.9%。

1.主动中转开腹，①当胆囊周围致密粘连，暴露胆囊极为困难，强行分离时极有可能损伤胃、结肠、十二指肠等脏器时，应果断中转开腹。②Calot三角致密粘连增厚，三角内间隙消失，给分离Calot三角，寻找胆囊管带来极大困难，强行分离会造成肝外胆道损伤，故应中转开腹。③当不能除外恶怀肿瘤时应中转开腹。主动中转开腹亦是防止各种严重并发症措施之一。

2.被动中转开腹，①血管损伤，难以控制的胆囊动脉出血，为避免盲目止血而造成胆外胆管及肝右动脉损伤，故中转开腹、穿刺造成腹膜后大血管损伤亦应立即中转开腹。②脏器损伤，发现存在穿刺或解剖过程中造成的各种脏器损伤，均应果断中转开腹，被动中转开腹应尽量避免。

参 考 文 献

1.陈训如.腹腔镜术中如何安全建立气腹.腹部外科，1999，12：12－13.

2.周永碧，李智会，王敖川，等.逆行胰胆管造影发现胆囊管变异的临床意义.中华外科杂志，1990，28：328－330.

3.孙一凡，沈树权.腹腔镜胆囊切除术中转开腹手术的原因及并发症的预防.腹部外科，1999，12：16－17.

（收稿：2000-06-26）