

深,同时采用定终点切割法。如两侧叶增生超过精阜远端,应将其切除,否则影响术后排尿功能,切除此处腺体时,也应采用固定终点法,以免损伤尿道外括约肌。(5)等离子体的“被膜保护作用”是相对的,即PKRP切到包膜时相对变钝,但仍有切穿的危险,我们就有切穿包膜的教训,因此术中操作仍应细致、小心。(6)PKRP凝固层厚度为0.5~1.0 mm,切割的同时止血效果好^[3,13],术后创面凝固层坏死脱落的程度减轻,尿路刺激症状明显减少。本组术后尿路刺激症状较少,持续时间短,与应用PKRP技术有关。(7)本组用生理盐水冲洗,手术时间最长为180 min,无一例TURS发生。但PKRP是否可以完全避免TURS的发生,尚需进一步观察。

[参考文献]

[1] 齐秋江. 经尿道汽化电切术与开放手术治疗前列腺增生的疗效比较[J]. 蚌埠医学院学报, 2005, 30(6): 537-539.
 [2] 殷全忠. 经尿道等离子体双极电切术治疗良性前列腺增生症168例体会[J]. 实用临床医药杂志, 2004, 8(3): 83-84.
 [3] 王行环, 王怀鹏, 陈浩阳, 等. 经尿道等离子体双极电切术治疗良性前列腺增生及膀胱肿瘤[J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(5): 318-320.
 [4] Smith D, Khoubehi B, Patel A. Bipolar electrosurgery for benign prostatic hyperplasia: transurethral electrovaporization and resection of the prostate[J]. *Curr Opin Urol*, 2005, 15(2): 95-100.

[5] 康新立, 王三中, 马森, 等. 经尿道前列腺切除术的优化操作: 附170例报告[J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(3): 160-162.
 [6] 吴阶平, 顾方六, 郭应禄, 等. 吴阶平泌尿外科[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 1224-1225.
 [7] 赵晓风, 孙晓飞, 吕志红, 等. 经尿道前列腺等离子双极电切和经尿道前列腺电切治疗良性前列腺增生的临床结果比较[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(9): 628-730.
 [8] 王伟明, 叶敏, 陈建华, 等. 经尿道前列腺电汽化术所致电切综合征的特点及防治[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(3): 213-215.
 [9] 周凤昌, 蔡先球, 陈桥志, 等. 经尿道前列腺电汽化术治疗前列腺增生568例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(8): 387-388.
 [10] 王细生, 庄乾元, 刘宜川, 等. 经尿道等离子体前列腺切割术治疗BPH[J]. 临床泌尿外科杂志, 2005, 20(6): 373-374.
 [11] 陈潜, 时俊伟, 韩健乐, 等. 经尿道手术治疗良性前列腺增生三种术式的疗效比较[J]. 中华泌尿外科杂志, 2007, 28(1): 42-45.
 [12] 甘为民, 万恒麟, 石涛, 等. 经尿道前列腺电切和气化术治疗前列腺增生症412例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 2000, 15(4): 147-149.
 [13] Dunsmuir WD, McFarlane JP, Tan A, et al. Cyrus bipolar electrovaporization vs transurethral resection of the prostate: a randomized prospective single-blind trial with follow-up[J]. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 2003, 6(2): 182-186.

[文章编号] 1000-2200(2008)01-0074-02

· 临床医学 ·

有多次上腹部手术史患者腹腔镜胆囊切除术可行性探讨

周良

[摘要] 目的: 探讨有多次上腹部手术史患者再次行腹腔镜胆囊切除术(LC)的可行性及临床疗效。方法: 开放或闭合法建立气腹, 术前置胃管、尿管, 术中抽空胃内积气, 采用头高脚低并向左侧倾斜体位, 于小网膜孔处置腹腔引流管。术后补液、抗感染治疗。结果: 16例LC成功率为68.7%, 手术时间40~135 min, 平均住院5天。无手术并发症。结论: 对多次上腹部手术史的胆囊病变, LC是安全、有效的, 仍可作为首选的治疗方法。

[关键词] 胆囊切除术; 腹腔镜术; 腹部/外科手术

[中国图书资料分类号] R 657.4 [文献标识码] A

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)已经成为治疗胆囊疾病的首选方法^[1]。在LC开展初期, 由于设备条件和手术经验不足, 有剖腹手术史尤其是上腹部手术史常被视为是腹腔镜手术的禁忌证。随着技术的发展和经验的积累, 临床上对多次上腹部手术患者行LC作了可行性研究, 并取得了一定的效果^[2]。2003年10月~2006年10月, 我院对16例有多次上腹部手术史患者行LC, 现对其

手术特点作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组16例中, 男5例, 女11例; 年龄31~77岁。均有反复右上腹部疼痛病史, 术前B超检查提示胆囊结石13例, 胆囊息肉3例。本次LC距最后1次上腹部手术时间为1.5~38年; 行2次上腹部手术者14例, 3次者2例。上腹部手术包括经皮胆囊取石术、十二指肠穿孔修补术、胃穿孔修补术、胃大部切除术、脾切除术、门脉高压分流术、剖腹探查术、结肠造口术、结肠癌切除术等。

[收稿日期] 2007-05-25

[作者单位] 安徽省滁州市中西医结合医院 外科, 239000

[作者简介] 周良(1967-), 男, 主治医师。

1.2 方法 16 例均在全身麻醉下按常规四孔法进行 LC。开放或闭合法建立气腹,第一穿刺孔选择距离原手术切口 5 cm 以上。术前置胃管、导尿管,术中抽空胃内积气,采用头高脚低并向左侧倾斜体位。术中 CO₂ 气腹压力维持在 10 ~ 15 mmHg。手术时间为 40 ~ 135 min。常规于小网膜孔处置腹腔引流管,视具体情况手术后 24 ~ 72 h 拔除。术后补液、抗感染治疗 4 天。

2 结果

16 例中,行 LC 成功 11 例,总成功率为 68.8%。其中有 2 次中上腹部手术史 14 例患者中成功 10 例,成功率为 71.4%;有 3 次中上腹部手术史的 2 例中成功 1 例。另 5 例中转剖腹胆囊切除,中转率为 31.2%。中转原因:因建立气腹困难 1 例,腹腔内粘连严重无法显露术野 3 例,胆囊周围粘连包裹、显露胆囊和 Calot 三角困难 1 例。中转率较同期无上腹部手术史患者的 3.2% 明显增高。16 例均恢复顺利,于术后 4 ~ 7 天痊愈出院,术中、术后均无并发症。

3 讨论

3.1 腹部手术史对 LC 的影响 腹部手术后由于组织的修复,必然形成腹膜的粘连,尸检报告腹部手术后 75% ~ 90% 有腹腔粘连形成^[3]。腹部手术后多为局限于切口下方腹膜与内脏的粘连,粘连组织大多为网膜,也有不少是肠管。不同的粘连部位及程度对 LC 的影响也不同。一般认为,下腹部手术对 LC 影响不大,除非下腹正中切口超过脐孔或紧靠脐孔下缘。而中上腹部手术后由于粘连,直接影响气腹和第 1 穿刺点的建立、腹腔镜探查及镜下操作,使手术难度增大,中转率明显增高,手术时间延长,并发症增多。这种影响随手术次数的增多而加大,常被认为是 LC 的禁忌证^[4]。本组 16 例患者中,LC 总成功率为 68.8%。2 次中上腹部手术史的 LC 成功率为 71.4%,3 次者 2 例中成功 1 例。中转率为 31.2%。

3.2 建立气腹 成功建立人工气腹是顺利完成 LC 的第一步。盲目穿刺建立人工气腹可引起较多并发症。有腹部手术史者腹腔内可能存在广泛粘连,建立气腹时可能穿刺损伤内脏、血管,尤其是上腹部手术后粘连,会影响人工气腹的建立及改变正常解剖结构。巴明臣等^[4]统计了 963 例有腹部手术史者

腹腔镜手术闭合法建立气腹时,有 12 例因气腹针穿入腹膜外脂肪、肝圆韧带、大网膜及肠系膜导致建立气腹失败而中转开腹手术。有腹部手术史患者采用开放法建立气腹可以避免盲目穿刺导致的内脏或大血管损伤。因此在选择第一穿刺孔部位时,应尽可能避开原手术切口,并采用开放法。本组中 6 例有上腹部手术史者采用了开放法建立人工气腹均获得成功,无一例出现肠管或血管损伤,说明开放法是有腹部手术史病例行 LC 时建立气腹的最佳方法之一。

3.3 预防并发症 LC 术中胆总管损伤是常见的严重并发症之一。为防止损伤,胆囊管的解剖与显露十分重要。由于有腹部手术病史,胆囊区常有明显粘连,有时胆囊完全不能显露,这时就要求术者熟悉局部解剖关系。在解剖胆囊三角区时,遇有组织致密,粘连严重,胆总管、肝总管走行不清楚时,我们的原则是^[5]:“宁伤胆不伤管,紧靠胆囊颈分离。”沿胆囊壶腹部由远及近分离,并尽可能靠近胆囊壁,当胆囊壶腹部明显变细时,就表示已经到胆囊管,此时不必追求完全游离胆囊管,显示胆总管,只要游离出 0.5 cm 即可上钛夹,一般不会有胆囊残株炎的发生。术中如果发现胆囊与周围组织如网膜、胃肠道等组织器官粘连极致密时,不要强行分离,此时中转手术是唯一正确的选择。主动中转开腹不是 LC 的失败,强行分离,造成周围组织器官的损伤,被迫中转开腹才是 LC 的失败。

综上所述,上腹部手术后,由于腹腔内存在不同程度的粘连,可增加 LC 手术的难度,但随着经验的积累和手术的日臻熟练,上腹部手术史已经不再是 LC 的禁忌证。由于腹腔镜手术的优点,LC 有可能成为上腹部手术后胆囊疾病的首选治疗方法。当然,对于腹腔粘连重、胆囊三角区分离困难及技术力量相对薄弱者,果断中转开腹手术仍是避免发生严重副损伤的明智选择。

【参考文献】

- [1] 周北锋,徐开鑫,谢林海. 137 例有腹部手术史的腹腔镜胆囊切除治疗分析[J]. 暨南大学医学院学报, 2004, 24(6): 735.
- [2] 崔培元,刘健,刘付宝,等. 有腹部手术史的腹腔镜胆囊切除术[J]. 蚌埠医学院学报, 2002, 27(1): 22-23.
- [3] 黄志强. 必须重视腹腔镜胆囊切除术的安全性[J]. 中华外科杂志, 1995, 33(11): 654-656.
- [4] 巴明臣,陈训如,陈积圣,等. 有腹部手术史患者腹腔镜术闭合性建立气腹方法探讨[J]. 中华普通外科杂志, 2000, 15(11): 671-672.
- [5] 贺伟. 三孔法腹腔镜胆囊切除术[J]. 临床外科杂志, 1999, 7(5): 305.