

困难性腹腔镜胆囊切除术的手术技巧和策略选择

郭维刚

张家口市万全区医院急诊科 076250

[摘要] 目标: 探讨腹腔镜胆囊手术的手术技术和策略选择。方法研究将2018年6月至2019年5月第一组35例胆道结石70例, 急性胆道膀胱分为两组, 72小时行腹腔镜胆囊切除术; 另一组为多选择组35例, 患者在72小时患病后, 接受腹腔镜胆囊切除术, 比较两组手术指标和并发症发生率。结果是两组并发症的比较, 第一组2.86%, 第二组14.28%, 第一组更低, 但没有统计意义 ($\chi^2=1.641$, $p>0.05$); 早期组手术出血量 (32.54 15.02) ml、手术时间 (42.54 19.32) min、术后空气排出时间 (19.24 4.82) h、术后住院时间 (4.94 2.42) d均高于选择组, 两者的差异结论急性腹腔镜胆囊切除术临床治疗急性胆囊炎可以提高临床治疗效果, 手术越早进行, 手术效果越好, 需要合格的手术技能。

[关键词] 腹腔镜; 胆囊切除术; 手术技巧

【DOI】 10.12252/j.issn.2096-6261.2020.02.171

引言

近年来, 经过对胆碱酯酶后并发症 (如胆碱酯酶后综合征、肝外管损伤、胆漏等) 的深入研究。随着内窥镜和胆道内窥镜技术的迅速发展, 越来越多的医生开始思考如何在保留胆道静脉的同时治疗胆道结石, 特别是对于胆道能力较好的年轻病人。因此胆囊手术进入了外科医生的视野因为胆道未切除, 内镜比胆道手术略低, 胆道手术成功率超过95%, 术后复发率也较低。中国医师协会内窥镜科内窥镜胆道专业委员会于2018年发表了关于手术应用人群和手术步骤的共识, 但仍存在一些问题需要考虑。LC虽然比较成熟, 但有时也会遇到困难, 特别是当胆囊三角周围组织黏附程度高由于炎症刺激难以分离时。因此, 本课题旨在确定术前可预见LC手术困难的因素, 指导临床医生, 特别是外科医生准备手术面临的挑战, 优化手术计划, 特别是在LC无法安全治疗胆道三角时, 进行修复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

这项研究将70例急性胆囊炎患者随机分为两组: 第一组35例, 男性20例, 女性15例; 年龄: 22-71岁, 平均 (43.50岁14.58岁)。另一组包括35个多选择小组, 其中18个为男性, 17个为女性; 25至75岁, 平均41、12、13、46岁。标准考虑因素: 原子计量学、血液流变学、高胆固醇等。主要表现为右上腹疼痛和自主表达能力, 无严重精神疾病; 选定的病例由医院道德委员会在病人及其家人知情同意的情况下批准。排除标准: 患有急性胰腺炎; (e) 临床治疗信息不足; 肝脏、肾脏和其他器官严重残疾。通过比较两组一般数据, 差异在统计上并不明显 ($p>0.05$), 而且可以比较。

1.2 方法

①在肱骨下部边缘进行10mm圆弧切割, 使套管钻入腹部, 辅助检查患者背部10mm腹腔镜, 引入CO₂气体, 形成人工气腹, 保持腹部压力12~14mm Hg; ②在耻骨上边缘左右两侧

进行5mm的手术切口 (见图1B), 套管穿孔工通过约4mm皮下脂肪的斜线进入肌肉层, 并通过肌肉层进入腹部。左孔进入钳内, 右腹腔镜由病人右侧的手术人员控制。在此过程中, 注意不要伤害双侧腹壁的动脉和下肢静脉, 同时避免伤害膀胱、子宫和其他骨盆中的重要器官。进入置换前, 左右两侧5毫米切口应从肚脐切口进入内窥镜, 给予腹部内视野, 用腹腔镜探查整个腹部。在初步诊断腹部腔、疾病诊断和解剖结构后, 在上腹进行两次5毫米切口, 以避免伤害血管和重要器官; ③换腹腔镜进换左侧, 换开工作孔的名词, 放超声刀, 换右侧放钳。其喙操作采用LC技术: 抬起胆囊腹部, 露出胆囊三角形, 用超声波刀将膜围绕三角形分开, 仔细区分胆囊, 并用Harmlock夹闭合胆囊并将其切开。将血管与胆汁分离, 用超声波刀凝结, 逐渐将床与胆汁分离。完全切除胆汁静脉后, 将其放入标本袋, 经脐孔取出。最后, 检查不活跃出血后, 取出超音速刀等仪器。将皮肤开口缝合为层层缝合, 用生物胶封闭切口, 用碘消毒皮肤切口, 并用医用绷带复盖。

1.3 观察指标

4项指标, 分别用于手术后住院时间、手术后逃逸时间、手术时间和手术出血量, 计算平均值并进行比较; 观察术后并发症: 胆漏、胆管损伤、切口感染、切口出血 (4项指标)、并发症发生率计算和组间比较。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0对研究对象采集的数据进行分析处理, 计量数据采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示; 计数资料采用%表示, 使用 χ^2 对数据进行校检; $P>0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率比较

对比两组患者的并发症发生率, 前两组患者的发病率为2.86%, 前两组患者的发病率为14.28%, 前两组患者的发病率更低, 但这一差异在统计上并不明显 ($p>0.05$), 见表1。

表1 两组患者并发症发生率对比

组别	例数	切口出血	切口感染	胆管损伤	胆汁漏	总发生率 [n(%)]
早期组	35	0	0	0	1	1(2.86)
择期组	35	1	0	2	2	5(14.28)
χ^2 值						1.641
P值						0.200

2.2 两组患者手术指标比较

通过比较两组手术指标，分别涉及手术时间、术后空气排出、术后住院时间和手术出血量，前两组指标较好，差异在统计上有显著性 ($p < 0.05$)，见表2。

表2 两组患者各项手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	术后排气 时间(h)	术后住院时间 (d)
早期组(n=35)	32.54±15.02	42.54±19.32	19.24±4.82	4.94±2.42
择期组(n=35)	95.56±26.05	78.54±20.42	28.92±3.32	6.98±3.02
t值	12.399	7.576	9.785	3.119
P值	0.001	0.001	0.001	0.003

3 讨论

腹部手术是急性胆汁淤积症患者临床治疗的最有效方法，传统研究认为，由于急性胆汁淤积症患者胆汁淤积症的出现，腹腔镜手术难度加大急性胆汁淤积症患者通常在发病后48小时内眼球震颤，充血不明显，局部黏附程度不严重，手术难度较轻，但发病72小时后手术难度较大，胆汁黏附区显而易见，早期干预对提高急性胆汁淤积症患者的手术效率作出了重大贡献，48小时内干预是最好的干预时机，最长不得超过72小时。在实际手术中，我们要考虑病人的个体差异，结合医疗技术和医院条件，选择合适的手术时机。特别是，如果患者腹部疼痛不稳定，计算比较轻，病情进展缓慢，有腹部刺激、发烧等迹象。治疗的保守效果不理想，为了减轻病人的痛苦，有必要尽快进行手术，可以减轻病人的经济负担；当病人年纪较大，患有永久性疼痛或动脉硬化，并有明显的周期性刺激、激烈的冷战等身体迹象时。一旦b-chao检查发现胆汁淤积在颈部，或表现为神经节或脓肿，必须首先做好手术准备，并进行早期手术，以预防胆汁淤积症，这是一个。接触卡罗特三角结构是急性胆囊炎患者手术中的一个难点，可以从胆道后部三角位置，然后从卡罗特三角结构，例如，如果手术难度较大，则切除胆道进行解剖胆囊切除对动脉治疗也非常重要，是防止手术过程中出血的重要措施，手术过程中必须避免接触和损伤动脉，以提高手术安全性。腹腔镜手术经验：①使三个置换形成三角关系，减

少相互干扰，保持传统腹腔镜的优势，避免使用单孔腹腔镜造成的筷子效应：将手术杆移出置换相互复盖，不利于稳定②在此基础上，将两个5mm切口放置在广告接合处，靠近耻骨上边缘的两端，并将脐孔更换为10mm，即向下穿孔更换，既安全又方便切除胆囊，损伤较轻，术后有痤疮痕迹③用Harmlock夹闭合胆汁静脉的优点是操作方便，工作正常。学习周期较短，手术时间较短，出血较少，术后并发症风险较低。该技术过程中存在三个技术制约因素：①不同患者胆道不同，容易引起三角分离和胆道闭合，使得手术更加困难。这项技术首先使用超声波刀将胆汁静脉分开，这有利于三角区的暴露和后续行动；②腹腔镜操作杆长度要求患者尺寸，最好使用专门延长的手术设备；③由于千斤顶顶边两个工作孔的臂长，仍需注意积累设备使用方法和技术的经验。为了满足病人的高质量、美容外科需要，现代微创理念应运而生，本研究将腹腔镜胆囊切除术引入隐匿部位，带来小伤、术后快速愈合、切口隐匿等好处，在手术中可以值得注意的是，上肢右下切口和上切口的轻微变化大大降低了愈合后切口（5毫米切口）在日常生活中的暴露机会，由于脐带的解剖结构特点，这些切口可能更好地缝合在一起经切口腹腔镜胆囊切除术的治疗效果与传统三孔腹腔镜没有明显不同。

结束语

总之，可以看出腹腔镜手术在治疗急性胆汁淤积症患者方面非常有效，需要选择适当的手术时间和专业手术技术来减轻患者的痛苦，实现高质量的治疗效果。

参考文献

[1] 王凯. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石胆囊炎急性期的临床疗效评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(92): 49.

[2] 黄畅, 杨冬冬, 孙星, 王晓亮. 一种腹腔镜隐痕痕胆囊切除手术技巧[J]. 当代医学, 2019, 25(08): 117-118.

[3] 王鹏飞, 孙海军, 李之拓, 于朋涛. 腹腔镜胆囊切除术中有效避免副损伤的手术解剖技巧[J]. 腹腔镜外科杂志, 2018, 23(08): 633-636.

[4] 黄启荣, 杜波, 刘伟, 姜梦淼, 杨馨, 杨晓进. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的技术改进与手术技巧[J]. 腹腔镜外科杂志, 2018, 23(05): 367-370.

[5] 陈争光. 腹腔镜胆囊切除术治疗43例胆囊病变临床体会[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(06): 677-679.

[6] 张文成, 孟宪志. 有上腹部手术史的患者行腹腔镜胆囊切除术的技巧探讨[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(01): 138-141.