

5 张远惠,袁 强. 失眠的诊断及治疗[J]. 国外医学·精神病学分册,1996,23(3):153.

6 国家中医药管理局. 中华人民共和国医药行业标准. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:31.

7 杜元灏,石学敏. 中华针灸临床诊疗规范[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2007:189-191.

8 杨甫德,陈彦芳. 中国失眠防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:127-128.

[收稿日期 2013-03-12][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

学术交流

腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石 82 例临床分析

李延辉

作者单位: 471003 河南,洛阳市第六人民医院普外科

作者简介: 李延辉(1975-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普通外科疾病诊治。E-mail:liy756@126.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石术的应用价值。方法 回顾性分析该院 82 例胆囊结石患者行腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石治疗的临床资料。结果 82 例手术均获成功,术后无胆瘘、急性胆囊炎、胰腺炎、继发性胆总管结石等并发症发生,无死亡病例;随访 6~12 个月,无复发病例。结论 腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石术具有创伤小、安全可靠、并发症少等优点,同时保留了有功能的胆囊,提高患者的生存质量,值得推广应用。

[关键词] 保胆取石; 腹腔镜; 胆道镜; 胆囊结石

[中图分类号] R 657.4*2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0667-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.19

Application of combined laparoscope and choledochoscope in cholelithotomy with gallbladder preservation for cholecystolithiasis: clinical analysis of 82 cases LI Yan-hui. Department of General Surgery, the 6th People's Hospital of Luoyang, Henan 471003, China

[Abstract] **Objective** To investigate the value of combined laparoscopic and choledochoscopic in cholelithotomy with gallbladder preservation. **Methods** The clinical data of 82 patients with cholecystolithiasis treated in author hospital by combined laparoscopic and choledochoscopic cholelithotomy with gallbladder preservation was retrospectively analyzed. **Results** All operations were successful. No postoperative complications such as bile leaks, acute cholecystitis, pancreatitis, secondary cholecystolithiasis etc were found. No deaths case was found. No recurrence of gallbladder stone was found during 6~12 months following-up. **Conclusion** Combined laparoscopic and choledochoscopic cholelithotomy with gallbladder preservation for cholecystolithiasis has the advantages of minimal invasion, safety, reliability, fewer complications and so on, and it retains a functional gallbladder at the same time, improves the patient's quality of life, being worthy of popularizing.

[Key words] Cholelithotomy with gallbladder preservation; Laparoscope; Choledochoscope; Cholecystolithiasis

胆囊结石是我国常见病、多发病。近年来随着腹腔镜技术的广泛开展,腹腔镜胆囊切除术(LC)被视为治疗胆囊结石的“金标准”,但却忽略了其弊端^[1]。随着对胆囊功能、胆囊结石形成原因、胆囊切除术后副作用、胆囊结石预防等问题的不断深入

研究,特别是对纤维胆道镜在临床上的应用研究,使保胆取石术重新被人们所接受^[2]。我院自 2009-06~2011-06 采用腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石术治疗胆囊结石患者 82 例,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 82 例,其中男 27 例,女 55 例;年龄 14 ~ 76 岁,平均 42.7 岁。单发结石 67 例,多发结石 15 例。病程 2 ~ 108 M,平均 26 M。有症状 48 例,无症状 34 例。合并高血压 8 例,肝血管瘤 3 例,糖尿病 2 例,肝囊肿 1 例。

1.2 术前准备 术前常规行心、肺功能及肝、肾功能、血常规、凝血系列检查,无其他严重并发症。术前需经超声检查明确诊断,胆囊收缩功能试验提示胆囊功能良好,无胆囊萎缩,胆囊壁厚正常,无上腹部手术史后方行保胆治疗。并于术前 30 min 常规给予抗生素预防术后感染。

1.3 手术方法 行气管插管全身麻醉,患者取仰卧位,常规消毒铺巾。采用脐上穿刺孔(10 mm)置入 45°腹腔镜进行探查小肠、大肠、胃、肝脏等腹腔其他器官情况及胆囊情况,确定胆囊位置及是否有保留的可能,如果胆囊光滑无粘连,大小在正常范围,弹性良好,结合术前胆囊收缩功能试验良好,可行保胆手术。手术方式分两种:(1)于胆囊底投影处作一 1 ~ 2 cm 切口,钝性分开腹壁全层,在腹腔镜引导下置入卵圆钳,将胆囊底部拉出腹壁外手术(此种方法适宜胆囊系膜较长易于经胆囊底部牵拉出腹壁外者),胆囊底部无血管区置 1#丝线牵引固定,超声刀或电刀切开胆囊底部长约 1 ~ 2 cm,吸除胆汁后,置入纤维胆道镜,冲洗胆囊腔进一步探查确定诊断。对细小泥沙样结石采用负压吸引冲洗吸净结石;对于颗粒状结石,采用取石篮套取;对嵌顿、巨大的结石,综合多种术中取石技巧取净结石。取净后再反复用纤维胆道镜检查,确认无残留结石和息肉,确保胆囊管开口处胆汁反流良好,以确定胆囊管通畅,否则应放弃保胆。取石后用 4-0 可吸收线分全层和浆肌层两层关闭胆囊切口,检查无胆汁渗漏送入腹腔。(2)完全腹腔镜下手术(适宜胆囊系膜较短,胆囊底部不易牵拉出腹壁外者):于剑突下 5 cm 及右锁骨中线肋缘下 3 ~ 5 cm 处分别建立 5 mm 及 10 mm 穿刺孔,完全依靠腹腔镜器械完成胆囊底部切开、取石、缝合,方法步骤同上。退镜械,腹壁各穿刺孔丝线缝合术毕。

1.4 术后处理 术后常规给予抗生素静脉滴注 2 ~ 4 d,24 h 后恢复正常饮食,48 h 后口服熊去氧胆酸 300 mg(6 片)/d,3 次/d,连续服用 3 M,术后 1 W、1 M、3 M、6 M、1 a、2 a 分别复查 B 超观察胆囊结石有无复发及胆囊功能。

2 结果

本组 82 例患者均顺利完成手术,无中转开腹或胆囊切除手术,手术操作时间为 30 ~ 80 min,取出结石最多的 1 例为 5 枚。术中出血量为 10 ~ 30 ml,术后 6 ~ 8 h 下床活动,3 h 后排气,进食后无消化道症状,住院时间为 4 ~ 6 d,平均住院 5 d。无胆瘘、腹腔感染、切口感染、出血等并发症发生,定期随诊 6 ~ 12 个月,无胆囊结石复发、无诱发性急性胆囊炎、无继发性胆总管结石,超声检查及胆囊脂餐试验提示胆囊功能良好。

3 讨论

3.1 微创保胆的意义 随着人们生活水平和健康意识的提高及饮食习惯的改变,胆囊结石和胆囊息肉发病率逐年升高,关于其治疗的争论已有近 130 年,但胆囊切除术一直占据着绝对的优势。然而随着人们对胆囊功能、结石成因的不断深入研究以及对胆囊切除术后中、远期并发症(如:胆管损伤、影响消化功能、十二指肠液胃反流、胆囊切除术后综合征以及增加结肠癌的发生率等^[3])的重视。且随着电视腹腔镜和内镜技术在胆道外科的应用,一种安全、有效、微创,尽可能符合人体生理、心理状态的新术式(微创保胆术)应运而生。本组结果表明,腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石术在熟练的内镜技术基础上,既可达到微创的目的,又保留了有功能的胆囊,避免了胆囊切除后后遗症的潜在影响。

3.2 手术适应证 本组选择的病例以中国医师协会 2008 年颁发的保胆取石术规范为依据,首要条件是超声检查空腹胆囊大小形态正常,结石数目以 1 ~ 2 枚为佳,同时术中腹腔镜探查胆囊,若发现胆囊与周围组织明显粘连,胆囊壁水肿、增厚,或合并有其他脏器严重病变者应放弃该术式。同时更为重要的是术前应采用超声及胆囊收缩功能试验,尽可能明确胆囊功能是否存在及胆囊管是否通畅,必要时行胆囊造影或 ECT 检查。即使在结石取出后如果探查明确胆囊管不通,应果断放弃保胆手术。切开胆囊如果发现胆囊腔内有较多胆泥或泥沙样结石,最好改行 LC,以免冲洗胆囊腔时将胆泥和小结石冲入胆管而造成胆管结石的发生^[4]。

3.3 手术注意事项 切开胆囊底时要选择无血管区,进入胆囊后不要急着处理病变,而应全面探查结石的大小、数目、位置,胆囊管是否通畅等。对于胆囊黏膜下结石容易遗漏,胆囊黏膜下结石具有“黄色飘带征”,或镜下看到胆囊黏膜鼓起,提示该处有黏膜下结石,可借助腹腔镜采用推、挤、压技术使结

石破黏膜而出,进入胆囊腔内再予取出,切不可粗暴操作切割黏膜,以防胆囊壁穿孔^[5]。

3.4 预防结石复发措施 在外科治疗方面,对有胆囊下垂、体积较大的结石患者采用将胆囊底部悬吊在腹壁或肝圆韧带上的方法。其原理为:改变胆囊底部倒挂的状态使胆汁引流从逆地心引力变为顺地心引力,并借助腹壁运动带动胆囊收缩和变形增强胆囊动力,加快胆汁流速,减少胆汁在胆囊内形成胆固醇单水晶体(CMC)的机会;通过胆囊伸缩运动干扰或破坏胆汁进入胆囊时产生的湍流作用,消除有形成结石的动力学基础^[6]。在内科治疗方面,我们采用口服胆酸类药物对所有保胆术后患者规范治疗,取得满意效果,全组患者无一例复发。

参考文献

- 1 张宝善. 内镜微创保胆取石术治疗胆囊结石[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(7): 1-4.
 - 2 张宝善. 关于胆囊结石治疗的争论 - 与 Langenbuch 理论商榷[J]. 中国医刊, 2007, 42(5): 2-5.
 - 3 张宝善. 内镜微创保胆治疗胆囊息肉[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(3): 1-2, 7.
 - 4 陈安平, 鲁美丽, 刘安, 等. 腹腔镜保胆取石术和取息肉术 26 例报告[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(3): 31-33.
 - 5 乔铁, 张宝善, 冯禹阳, 等. 硬性胆道镜保胆取石(息肉) 80 例报告[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(12): 1302-1304.
 - 6 莫国贤, 林向阳, 朱海华, 等. 胆囊底部悬吊在胆囊结石保胆取石手术中的应用[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(1): 10-11.
- [收稿日期 2012-12-26][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

腹腔镜下困难及复杂全子宫切除术 129 例临床体会

甘精华, 阮和云, 农文政

作者单位: 530001 南宁, 广西民族医院妇科

作者简介: 甘精华(1969-), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 妇科内镜及妇科肿瘤的诊治。E-mail: ganruifeng66@163.com

[摘要] **目的** 探讨腹腔镜下困难及复杂全子宫切除术的可行性和手术技巧。**方法** 对 129 例因子宫 > 孕 12 周的子宫肌瘤, 子宫内膜异位症, 或肌瘤位于阔韧带、子宫峡部、宫颈等原因需切除子宫患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 125 例在腹腔镜下顺利完成手术, 手术时间(153 ± 42.7) min, 术中出血量(213 ± 65) ml, 术后住院时间 3 ~ 5 d; 中转开腹 4 例, 无一例出现大出血及膀胱、输尿管、直肠等器官损伤。**结论** 困难及复杂的全子宫切除术可在腹腔镜下完成, 关键在于术者熟练灵活的操作技术及先进的腹腔镜器械设备。

[关键词] 腹腔镜; 全子宫切除术

[中图分类号] R 616.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)07-0669-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.07.20

Difficult and complex laparoscopic hysterectomy: clinical analysis of 129 cases GAN Jing-hua, RUAN He-yun, NONG Wen-zheng. Department of Gynaecology, Guangxi National Hospital, Nanning 530001, China

[Abstract] **Objective** To discuss the feasibility and operation skills of difficult and complex laparoscopic hysterectomy. **Methods** A retrospective analysis of clinical data was performed in 129 patients undergoing laparoscopic hysterectomy because of uterine fibroids with size > 12 weeks pregnant uterine, endometriosis, fibroids within the broad ligament, uterine isthmus, and uterine cervix or other reasons for removal of the uterus. **Results** In 125 patients, the laparoscopic operation were completed successfully, the operation time was (153 ± 42.7) min, the amount of bleeding in operation was (213 ± 65) ml, the postoperative hospital stay was 3 ~ 5 d. Four patients were transferred to laparotomy. No massive hemorrhage or injuries in ureter, bladder and rectum were found. **Conclusion** Difficult and complex hysterectomy can be performed by laparoscope. It is important for the operator to be able to skill-