

文章编号:1005-6947(2006)08-0630-02

· 临床报道 ·

脐部单孔法免气腹腔镜成人阑尾切除术 28 例报告

张庭澍, 罗蓬, 李建阳, 李利波, 曹云, 吕晓菲, 陈建民

(四川省蓬安县人民医院 普通外科, 四川 南充 637800)

摘要:为探讨脐部单孔法免气腹腔镜成人阑尾切除术的临床应用价值,笔者选择性地对28例成人阑尾炎患者行脐部单孔法免气腹腔镜阑尾切除术。在腹腔镜监视下,阑尾提出至脐部切口外,传统方法处理阑尾系膜及根部。结果显示,全组28例中27例采用脐部单孔法免气腹腔镜顺利完成手术,1例中转开腹。手术时间12~85 min,平均32 min。无腹腔及切口感染。随访1~10个月,无粘连性肠梗阻及脐疝,腹部未留明显手术痕迹。提示:脐部单孔法免气腹腔镜阑尾切除术微创、美观、经济、快捷,是部分成人阑尾炎的理想术式。

关键词: 阑尾切除术; 腹腔镜术

中图分类号: R572; R656.8

文献标识码: B

2005年6月—2006年4月,我院有选择性地对28例成人阑尾炎患者行脐部单孔法免气腹腔镜阑尾切除术,取得了良好的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男9例,女19例;年龄18~48岁,平均26岁。急性单纯性阑尾炎16例,早期急性化脓性阑尾炎9例,慢性阑尾炎3例。急性期病程均<48h,无腹膜炎体征。术后均经病理证实诊断。

1.2 方法

1.2.1 仪器设备 德国 COMEG 10 mm 30° 腹腔镜及全套设备和器械窄叶 L 型拉钩,大止血钳,ERBE VIO 电外科工作站 ERBE 双极电凝钳。

1.2.2 手术方法 术前常规应用抗生素,排空膀胱,不留置胃管及尿管。气管插管全麻9例,硬膜外麻醉19例。术者站立患者左侧,巾钳对称上提脐部两侧,弧形切开脐内下缘15 mm,插入10 mm trocar。患者改头低左侧位,右下腹壁用手或巾钳上提,提供腹内操作空间,插入腹腔镜初步探查,若腹腔无明显渗液,回盲部粘连轻,则拔出 trocar 套管及腹腔镜,直视下于脐部切口置入大止血钳,强力扩张切口至

15~20 mm,切口内置入窄叶 L 型拉钩至右下腹腔内,向上方提起脐部切口全层,trocar 套管保护下再次置入腹腔镜,退出 trocar 套管,于腹腔镜旁置入5 mm 无损伤抓钳,再次探查,必要时置入2把无损伤抓钳,沿结肠带找到阑尾,若阑尾肿胀轻,无坏疽,系膜无明显肥厚,回盲部有一定活动度,则用抓钳抓住阑尾尖端,腹腔镜监视下,缓慢退出抓钳,以系膜为中心,弧形将阑尾提出,同时向回盲部方向牵拉脐部切口,纱布包裹阑尾,逐段提出分束缝扎、切断系膜,逐渐将阑尾提出腹腔外,阑尾根部给予7号丝线结扎,残端分别用3%碘酒、75%酒精及生理盐水处理后,阑尾系膜覆盖。若腹壁较厚,阑尾粗短,系膜肥厚,可行切口内切除。用 ERBE VIO 电外科工作站 ERBE 双极电凝钳处理系膜,根部 Roeder 结扎,将残端送还于右下腹腔解剖位。再次置入腹腔镜和无损伤抓钳,在无张力状态下检查阑尾残端和系膜有无出血及副损伤,必要时清理腹腔。脐部切口给予碘伏涂抹,用7号丝线垂直褥式缝合1针,酒精湿敷,创可贴封闭,结束手术。

2 结果

本组28例中,脐部单孔法免气腹腔镜完成阑尾切除术27例,包括切口外阑尾切除25例,切口内阑尾切除2例。1例中转开腹手术,其原因为:处理阑尾系膜时,患者出现呃逆导致系膜断裂出血。手术时间12~85 min,平均32 min。术后仅1例使用镇痛剂。住院时间1~9 d,平均4 d,术后7~10 d 拆线,均无腹腔及切口感染。随访1~10个月,无粘连性肠梗阻及脐疝,腹部未留明显手术痕迹。

3 讨论

腹腔镜阑尾切除术已成为治疗阑尾炎的首选方法^[1],目

基金项目:南充市2005年度第二批重点科技计划项目(南市科发[2005]41号)。

收稿日期:2006-06-28; **修订日期:**2006-07-07。

作者简介:张庭澍,男,四川西充人,四川省蓬安县人民医院主任医师,主要从事普通外科、心外及微创外科方面的研究。

通讯作者:罗蓬 E-mail:pa-luo-peng@163.com。

前已成功用于除阑尾周围脓肿以外的所有阑尾炎^[2],但因使用一次性耗材致医疗费用高,腔内操作繁琐费时,腹腔镜阑尾切除术远不如腹腔镜胆囊切除术应用广泛^[3]。传统手术体外直视下处理阑尾系膜及根部确切、快捷、经济;而腹腔镜技术具有微创、可行腹腔探查、寻找阑尾容易的优势,两者良好地整合于一种术式中可避其短,而发挥其长处,近年来出现了硬膜外麻醉、免气腹、小切口阑尾切除术^[4],以及两孔法腹腔镜阑尾切除术^[5],取得了良好的效果。脐部单孔法腹腔镜小儿阑尾切除术的出现^[6],是传统外科操作与现代腹腔镜技术完美结合的典范,将右下腹切口转移并隐藏于脐窝,术后腹部无可见切口瘢痕,使部分小儿阑尾炎手术成为一种美容手术,这一术式在成人也得到应用^[7],将阑尾牵拉至脐部切口外切除手术可行。笔者初期对1例小儿慢性阑尾炎实施三孔法腹腔镜阑尾切除术时,气腹机出现故障,被迫施行了第1例脐部单孔法免气腹腔镜小儿阑尾切除术,并取得成功,在此基础上,笔者合理掌握适应证,选择性地应用于符合下列条件的成人:(1)无腹部手术史;(2)急性单纯性阑尾炎、早期化脓性阑尾炎,急性期病程<48h,体征局限于右下腹,无肿块,腹壁相对较薄,术中2次探查提示腹腔无明显积液,右下腹腔粘连不严重者;(3)慢性阑尾炎,系膜无明显缩短肥厚,回盲部有一定活动度,试行牵拉可移至脐部切口。

通过本组病例的实践,笔者认为脐部单孔法免气腹腔镜阑尾切除术集探查与操作于一孔的优点,且融入美容性,术后腹部未留明显手术痕迹,阑尾体外操作确切、快捷、经济,不需要特殊训练,腹腔内干扰小,恢复快,受到患者特别是青年女性患者的青睐,有利于腹腔镜技术的推广。同时还具有以下优点:(1)无气腹固有并发症^[8],许多学者致力于低压CO₂气腹和免气腹腹腔镜手术的研究^[9-10],从而减轻或避免气腹对人体的不良影响及诸多并发症;(2)克服了阑尾显露对气腹的依赖,必要时可置入2把5mm无损伤抓钳协助寻找阑尾,扩大了脐部单孔法腹腔镜手术适应证;(3)腹腔内操作时间短,不需使用特殊的免气腹装置,利用了传统的腹腔镜资源,也不需要带操作孔道的10mm 0°腹腔镜,避免了操作器械与腹腔镜同轴向捆绑式联动带来的不便,且30°腹腔镜比0°腹腔镜视野更开阔;(4)切口扩大后利用窄叶L型拉钩向病变阑尾方向提起切口腹壁,有利于将阑尾提出切口外,降低了手术难度;(5)取脐内下缘切口,腹壁相对较薄,旋入trocar突破感强,易于掌握,也有利于阑尾及系膜的处理,以及切口瘢痕的隐蔽;(6)置入腹腔镜时使用trocar套

管有助于保护镜头免受污染,充分利用体位及拉钩,降低阑尾及系膜的张力,缝线待阑尾及系膜处理完成后一并剪断;(7)阑尾纱布包裹固定,同时有利于切口保护,缝合前碘伏涂抹,减少切口感染机会;(8)阑尾切除后,在非气腹状态的自然解剖位下复查腹腔有无出血等副损伤更加确切;(9)ERBE VIO电外科工作站的使用^[11],使本术式更简单、安全、适应范围更大;(10)可使用微型腹腔镜,操作更方便。

虽然脐部切口有所扩大,但切口仅需垂直褥式缝合1针,简单快捷,脐部复旧后达到自然整形,切口内无缝线异物,感染机会低,本组无切口感染及脐疝形成的病例。

若术中探查不适宜行本术式,可改行三孔法腹腔镜阑尾切除术,不影响后续手术质量。

参考文献:

- [1] 李波,胡三元,张强,等.局部腹腔内冲洗在腹腔镜阑尾切除手术中的应用[J].腹腔镜外科杂志,2001,6(4):224-225.
- [2] 江涛,周旭坤,李平,等.腹腔镜阑尾切除术368例报告[J].中国微创外科杂志,2006,6(3):193-194.
- [3] 李振洪,黄显实,农文伟,等.三孔法腹腔镜阑尾切除术[J].中国微创外科杂志,2005,5(2):148,154.
- [4] 姜田军,尹惠生,门延平,等.腹腔镜阑尾切除术的改进与探讨[J].腹腔镜外科杂志,2005,10(1):26.
- [5] 商志远,陈远.腹腔镜阑尾切除手术417例报告[J].中国微创外科杂志,2006,6(2):147-148.
- [6] 李功俊,董明武,张晓军,等.脐部单孔法腹腔镜小儿阑尾切除术[J].中华小儿外科杂志,2004,25(4):310-311.
- [7] 沈多惠,张凡,阴莉,等.腹腔镜脐孔拖出式阑尾切除术的应用体会[J].腹腔镜外科杂志,2005,10(3):161-162.
- [8] 于晓园,李朝龙,皱衍泰,等.气腹致腹腔内出血5例[J].中国普通外科杂志,2001,10(1):94-95.
- [9] 刘琰,倪勇,王成友,等.低压CO₂气腹下老年患者行腹腔镜胆囊切除术对肺功能的影响[J].中国普通外科杂志,2005,14(8):620-622.
- [10] 吴畏,阮景德.免气腹腹腔镜手术38例[J].中国普通外科杂志,2003,12(12):959-960.
- [11] 德国爱尔博公司.ERBE VIO-新型电外科工作站[J].中国医疗器械信息,2004,10(4):61.