

文章编号:1005-6947(2007)06-0612-02

· 临床报道 ·

腹腔镜治疗粘连性肠梗阻 12 例报告

陈士平, 晁威, 董刚

(江苏省邳州市人民医院 普通外科, 江苏 邳州 221300)

摘要: 对近 3.5 年间 12 例粘连性肠梗阻行腹腔镜下肠粘连松解术患者的临床资料进行回顾性分析。除 2 例由于腹腔广泛严重粘连而中转剖腹行粘连松解及小肠折叠术外, 其余腹腔镜手术均获得成功, 平均手术时间 75 min, 术中出血量为 20 ~ 100 mL, 术后平均住院 5 d, 无手术后并发症。提示腹腔镜下肠粘连松解术具有创伤小, 术后恢复快, 手术后并发症少, 住院时间短等优点, 是治疗粘连性肠梗阻可供选择的方法, 但手术指征有一定局限性。 [中国普通外科杂志, 2007, 16(6): 612-613]

关键词: 肠梗阻/外科学; 肠粘连松解术, 腹腔镜; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R656.7 **文献标识码:** B

粘连性肠梗阻大部分为术后粘连所致, 是腹部外科常见疾病, 传统的开腹手术虽然可以解除粘连, 但创伤又可以导致再粘连, 甚至比原来的粘连更为严重。腹腔镜手术治疗粘连性肠梗阻有创伤小、患者可早期下床活动、可避免开腹探查手术后再次发生大范围粘连的几率、降低复发率等优点。我院 2003 年 5 月—2006 年 10 月利用腹腔镜技术为 12 例粘连性肠梗阻的患者施行了肠粘连松解术, 手术效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男 7 例, 女 5 例; 15 ~ 50 岁。均有 1 ~ 2 次腹部手术史, 其中 1 次腹部手术史 10 例, 2 次手术史 1 例, 病史最长 15 年, 最短 2 年。均以急性肠梗阻收住院。其中 4 例反复保守治疗缓解后复发多次。

1.2 手术方法

气管插管全麻。根据原切口部位, 距原切口 6 ~ 9 cm 进入气腹针或直视下开放式入腹置入套管, 再充入 CO₂ 气制造气腹。操作孔及辅助操作孔视腹腔内情况而改变, 一般 2 ~ 4 个。仔细探查粘连的范围及程度, 评估手术的难易度, 分离腹壁与网膜、肠管间的粘连, 未成角梗阻者不用分离, 成角梗阻者彻底分离。如为纤维束带引起的梗阻, 则剪除纤维束带。肠与肠间的粘连, 疏松地用分离剪及分离钳分离, 或用超声刀切断其粘连。检查肠管有无损伤。如有损伤可在腹腔镜下用 3-0 薇乔线缝合破损肠管。如为恶性肿瘤或肠管与肠管腹壁网膜间广泛粘连者, 镜下操作困

难, 切忌强行分离, 及时中转开腹。术后用大量盐水冲洗腹腔。于粘连部位注入透明质酸钠或生物蛋白胶, 结束手术。

2 结果

10 例在腹腔镜下顺利完成肠粘连松解术, 2 例因肠管与肠管, 和/或腹壁网膜间广泛粘连中转开腹行粘连段小肠切除、肠吻合术, 腹腔镜手术时间 45 ~ 160 min, 平均 75 min, 术后当天或第 1 天下床活动, 术后第 1 天胃肠功能恢复并开始进食, 全部病例无手术并发症发生。平均住院 5 d, 术后 10 例均获 6 ~ 36 个月随访, 均未见肠梗阻复发。

3 讨论

腹腔镜下行肠粘连松解术, 创伤小, 对腹内脏器干扰少, 用剪刀、超声刀彻底松解粘连带, 对肠管几乎无损伤, 术后肠道功能恢复快, 再粘连梗阻几率甚小, 对有 1 ~ 2 次手术史的单纯性梗阻, 腹胀较轻者, 经保守治疗虽有排气排便, 但梗阻症状反复发作, 只要腹腔镜进腹后有一定的操作空间, 均能在腹腔镜下完成松解。腹腔镜行肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻时应注意以下几个问题: (1) 第一个穿刺孔应尽量远离原切口疤痕, 至少在 6 cm 以上, 最好近脐部, 采用直视法开放式置入套管针^[1]。(2) 各穿刺孔位置应根据腹腔内情况及术中需要而定。手术时应首先分离脏器与腹壁的粘连, 为下一步手术营造一个广阔的空间, 并应遵循“宁靠腹壁, 勿伤肠管”的原则, 尽可能地保存肠管壁的完整性, 肠管壁若有出血, 以压迫和缝合为主, 禁用电凝止血, 以防术后肠瘘发生。超声刀分离粘连可取得令人满意的效果。(3) 粘连分开后, 应彻底止血、取尽血凝块, 冲洗腹腔, 放置透明质酸钠或生物蛋白胶封闭创面, 以防再粘连。特别是生物蛋白胶可以封闭膜性创面、促进膜的修复, 预防膜性组织粘连^[2]。(4) 对粘连严重, 腹腔镜操作困难, 或明确诊断为绞窄性肠梗阻, 或怀疑有绞窄可能的病例, 均应立即中转手术, 不要勉强分离, 延误手术时机。

收稿日期: 2007-03-20; 修订日期: 2007-06-11。

作者简介: 陈士平, 男, 江苏邳州人, 江苏省邳州市人民医院副主任医师, 主要从事肝胆方面的研究。

通讯作者: 陈士平 E-mail: csp175@126.com

文章编号:1005-6947(2007)06-0613-01

· 临床报道 ·

腹腔镜腹股沟斜疝修补术

林超, 时少显, 李海涛, 吕共生, 和学强, 陈家旺

(河北邯郸市峰峰集团总医院 外四科, 河北 邯郸 056200)

摘要:2005年4月—2006年7月笔者应用腹腔镜行疝内环口高位结扎和腹膜外置补片法对11例腹股沟斜疝实施腹腔镜疝修补术。结果显示平均手术时间100~200 min。术中、术后无并发症,术后5~7d出院。随访6~15个月,无复发。提示腹腔镜腹股沟疝修补术具有安全、并发症少、恢复快、复发率低等优点,值得推广使用。

[中国普通外科杂志,2007,16(6):613]

关键词: 腹股沟斜疝; 疝修补术, 腹腔镜

中图分类号: R656.21 **文献标识码:** B

腹腔镜下疝修补并发症发生率低,复发率低国外一组104例报道^[1],4年复发率1%以下。我院于2005年4月—2006年7月应用腹腔镜行腹股沟斜疝修补术11例,报道如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料

本组均为男性;年龄为16~60(平均34)岁。均为完全性腹股沟斜疝;左侧7例,右侧4例,其中2例为复发性疝。

1.2 手术方法

全麻,仰卧位,第1个穿刺点取脐下缘置入10mm套管,注入CO₂,置入30°腹腔镜,直视下分别于左右腹直肌旁脐下缘2~3cm处放入第2,3个5mm套管,置入操作器械观察疝囊顶及腹壁缺损情况,用电钩切开疝囊颈处腹膜,注意保护精索,连续缝合疝囊颈高位结扎。根据缺损情况剪取补片,将补片放入腹腔并与腹横肌筋膜及下方的耻骨梳韧带缝合固定。使其平铺覆盖缺损处,间断缝合腹膜,

将补片隔离在腹膜外,取出腹腔镜,结束手术。

2 结果

11例手术均成功,手术时间100~200min,平均150min。术后腹股沟处压沙袋24h。术后72h可下地活动。术后均无并发症,11例随访6~15个月,均无复发。

3 讨论

腹腔镜下疝修补术其修补效果好、损伤小、患者恢复快、易接受,将是现代微创外科发展趋势。开放性手术疝囊高位结扎后,从腹腔内看,腹膜呈喇叭口型,当腹腔内压力增高时易在此处形成着力点,也是其容易复发的原因之一。腹腔镜下疝囊颈结扎,将补片隔离在腹膜外。在腹腔镜下看腹膜是平面的,不易形成压力的着力点,也是腹腔镜下疝修补术后不易复发的原因之一,具无开放性手术修补后患者腹股沟区不适、疼痛、潜在的神经损伤等。腹腔镜下疝修补无切口愈合问题,无需术前3~5个月免体力劳动等,与开放性手术比有明显的优势。

参考文献:

[1] 郑树森. 译. 腹腔镜外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006. 449.

收稿日期:2007-05-09; **修订日期:**2007-06-07。

作者简介:林超,男,河北邯郸人,河北邯郸市峰峰集团总医院副主任医师,主要从事微创外科方面的研究。

通讯作者:林超 E-mail:linchao.777@163.com

腹腔镜粘连松解术治疗粘连性肠梗阻,仍有一定的局限性,最主要的困难是肠梗阻时腹胀,此时腹腔镜手术不能营造良好的手术空间。因此笔者认为选择病例要慎重,以下情况均应视为腹腔镜松解的禁忌证:(1)有3次或3次以上腹腔手术史,估计腹内粘连严重;(2)腹胀严重,肠管极度扩张,易损伤肠管;(3)弥漫性腹膜炎,怀疑发生肠坏死或穿孔;(4)术中肠祥广泛致密的包裹性粘连;(5)

有严重出血倾向患者。

参考文献:

[1] 何三光. 中国外科专家经验文集[M]. 沈阳:沈阳出版社,1993. 467.

[2] 孙志为,莫一我,傅德庄,等. 肝胆脾外科手术中应用生物蛋白胶的应用体会[J]. 世界今日医学杂志, 2001,2(1):18-19.