

- [16] 张宪立. 腹腔镜阑尾切除术在妊娠合并阑尾炎治疗中的疗效及安全性分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(12): 927-928.
- [17] 胡海涛, 赵普. 腹腔镜手术治疗阑尾周围脓肿 31 例[J]. 中国微创外科杂志, 2013, 13(11): 1049-1051.
- [18] Aguayo P, Alemayehu H, Desai AA, et al. Initial experience with same day discharge after laparoscopic appendectomy for non-perforated appendicitis[J]. J Surg Res, 2014, 190(1): 93-97.
- [19] 方东, 王昌文. 日间手术在腹腔镜阑尾切除术中的应用体会[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2010, 17(2): 185-186.
- [20] 董小刚, 何震宇. 腹腔镜阑尾切除术后切口感染的分析及预防[J]. 中国医药导报, 2006, 6(33): 41-42.
- [21] 王均, 朱秀玲, 王立新, 等. 急性阑尾炎术后切口感染相关因素及病原菌分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(31): 3512-3513.
- [22] 陈小龙, 周永醇, 张兆明. 腹腔镜阑尾切除术后远期粘连性肠梗阻的危险因素分析[J]. 广西医学, 2014, 36(10): 1415-1418.
- [23] 彭勇, 唐俊, 赵国刚, 等. 腹腔镜和开腹阑尾切除术后粘连性肠梗阻发生的比较[J]. 中华胃肠外科杂志, 2011, 14(8): 642-643.

(收稿日期: 2017-09-17)

(英文编辑: 程玉刚)

文章编号: 1009-6612(2018)02-0119-02

DOI: 10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2018.02.119

· 病例报告 ·

腹腔镜巨大胆囊结石胆囊切除术 1 例报告

吉林大学第二医院 宫路路, 田 轩

患者女, 65 岁, 因反复发作右上腹隐痛不适 20 余年, 加重 1 周入院。患者 20 余年前诊断为胆囊结石, 无明显症状, 未予治疗。近年右上腹疼痛发作频繁, 1 周前再次出现右上腹痛, 呈持续性隐痛, 无发热。患者自诉弯腰时有右上腹硬物感。入院查体右上腹轻压痛, 无其他阳性体征。肝胆彩超示胆囊壁紧贴强回声, 后方伴宽大声影, 呈“三合征”, 弧形强回声长约 5.7 cm, 考虑充满型胆囊结石。CT 提示胆囊体积增大, 内见片状高密度影, 诊断胆囊炎、胆囊结石(图 1)。MRCP 胆管未见异常。术前准备完善后, 全麻下行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)。采用三孔法, 脐部 10 mm 穿刺孔为观察孔, 剑突下 10 mm 穿刺孔作为主操作孔, 右侧腋前线脐水平 5 mm 穿刺孔为辅助操作孔, 压力维持在 13 mmHg, 头右侧略高位, 术中见胆囊被大网膜包裹, 胆囊周围大量慢性粘连带, 分离粘连后, 见胆囊明显增大, 约 9 cm×5 cm×5 cm, 张力大, 壁薄色白, 内充满质硬结石, 胆囊体部无法钳夹提拉, 仅 Hartmann 袋近胆囊管处张力略小, 可钳夹提拉。解剖胆囊三角及后三角, 分离胆囊管、胆囊动脉后见胆囊管与肝总管间距离短, 遂逆行切除胆囊, 胆囊与肝脏间隙消失, 分离过程困难, 耗时较长, 完全游离胆囊后, 辨识清楚管道关系, 分别结扎切断胆囊管及胆囊动脉(图 2), 扩大剑突下穿刺孔至约 5 cm, 取出胆囊及结石, 手术时间约 1.5 h。解剖胆囊, 见胆囊壁薄, 呈“布片状”, 无伸展性, 胆囊内为一整块黑色结石, 似“煤球”状, 结石外观与胆囊形态完全一致, 我们称之为“实心球胆囊”。经测量, 结石约 9 cm×5 cm×4.5 cm(图 3)。

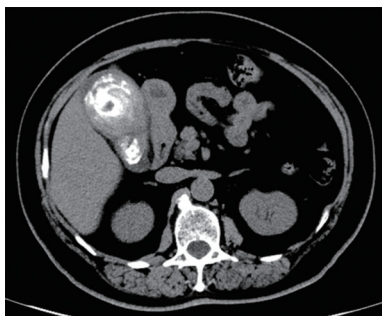


图 1 术前肝胆 CT

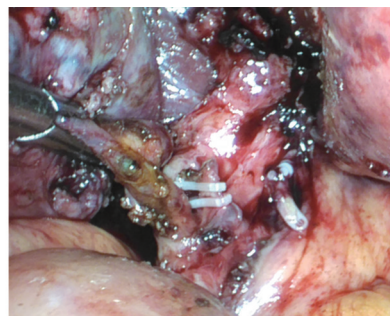


图 2 术中胆囊管与肝总管汇合处及夹闭的胆囊动脉; 左上为巨大胆囊



图 3 切除的胆囊及整块结石

(下转第 126 页)

- [6] 赵黎明,刘致中,岳长久,等. 肾部分切除术后迟发性出血的原因分析及治疗对策[J]. 临床泌尿外科杂志,2016,31(10):936-938.
- [7] 高海捷,吴大鹏,朱国栋,等. 后腹腔镜肾部分切除术与开放肾部分切除治疗局限性肾癌的安全性及疗效比较[J]. 现代泌尿外科杂志,2016,21(3):182-186.
- [8] Winfield HN, Donovan JF, Godet AS, et al. Laparoscopic partial nephrectomy: initial case report for benign disease[J]. J Endourol, 1993, 7(6):521-526.
- [9] Gill IS, Delworth MG, Munch LC. Laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy[J]. J Urol, 1994, 152(5 Pt 1):1539-1542.
- [10] Wright JL, 叶雄俊, 张小东. 腹腔镜肾部分切除术: 经腹径路和腹膜后径路手术方式的比较[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(1):69-70.
- [11] 李鹏, 杨庆, 肖成武, 等. 超选择性肾动脉分支阻断技术在经腹腔镜肾部分切除术中的初步应用[J]. 第二军医大学学报, 2015, 36(2):183-187.
- [12] 刘溪, 王德胜, 曲发军, 等. 预留缝线法在零缺血腹腔镜下肾部分切除术中的应用[J]. 临床泌尿外科杂志, 2017, 32(2):118-121.
- [13] 王科, 林春华, 门昌平, 等. 双向倒刺可吸收线在后腹腔镜肾部分切除术中的应用[J]. 中华实验外科杂志, 2012, 29(12):2595-2596.
- [14] 陈杰, 徐必友, 徐丹枫, 等. 新型双向倒钩免打结缝合线在肾门部肿瘤腹腔镜下肾部分切除术中的应用[J]. 微创泌尿外科杂志, 2014, 3(2):84-87.
- [15] 刘溪, 潘秀武, 杨启维, 等. 后腹腔镜下肾部分切除术治疗中度复杂性肾癌的方法改进及疗效分析(附84例报道)[J]. 临床泌尿外科杂志, 2016, 31(6):533-537.

(收稿日期:2017-11-04)

(英文编辑:柳悄然)

(上接第119页)

讨论 胆囊结石是常见病、多发病,患病率为0.9%~10.1%,女性多于男性^[1]。易发因素包括但不限于4F,即female、fat、forty、fertile。手术指征:(1)胆绞痛反复发作;(2)有并发症。无症状胆囊结石如出现以下情况:(1)结石数量较多、结石直径 ≥ 2 cm;(2)胆囊壁钙化或瓷化胆囊;(3)伴有胆囊息肉(直径 > 1 cm);(4)胆囊壁增厚 > 3 mm,即伴有慢性胆囊炎。胆囊结石超过2 cm即为巨大胆囊结石,长径达9 cm的超大型结石较罕见。由于我国国情、社会因素及患者依从性等相关问题,如虚假广告宣传,盲目听从排石、溶石、中药、保胆等治疗措施,患者对手术的恐惧、对术后消化功能影响的担心,许多患者得不到或不接受及时正规的治疗而延误病情。轻者反复发作腹痛,重者会出现阻塞性黄疸、胆源性胰腺炎、胆源性肝脓肿,甚至进展为恶性度高、预后极差、生存期短的胆囊癌等情况。由于慢性胆囊炎反复发作或急性发作期,患者遭受痛苦,给手术带来很大困难,尤其目前高龄及合并心、肺等疾病的患者越来越多,部分患者因此丧失手术机会而改行经皮胆囊穿刺甚至出现危及生命的情况。

胆囊切除术自1882年Lengenbuch首次施行以来,已有130多年的历史,手术本身的安全性极高,手术及胆囊切除术后对机体的影响远比胆囊炎、结石对机体的损害小,患者获益明显。1987年法国医生Mouret施行首例LC,经过30年的发展,LC已成为胆囊切除术的金标准,加上加速康复外科的实施,大多数非急性期胆囊疾病行LC已在许多大型医疗机构成为日间手术,在普通医疗机构,LC术后次日进水进食,下床活动,24~48 h内出院已成为普遍现象。而急性发作、长期慢性发作(如超过10年病史)、合并严重内科疾病的重症患者及有并发症的患者,住院时间长,费用高,术后恢复明显减慢。

综上,LC已成为治疗胆囊疾病的金标准,是腹腔镜技术最成熟、最常见的手术,并发症越来越少,患者生理、心理创伤越来越小^[2]。对符合手术指征的患者,强烈建议尽早积极采取正规治疗。

参考文献:

- [1] 赵玉沛,陈孝平. 外科学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2015:579.
- [2] 胡三元. 腹腔镜胆囊切除术的变革[J]. 腹腔镜外科杂志,2009,14(1):1-2.

(收稿日期:2017-09-24)