

经脐入路腹腔镜胆囊切除术 35 例报告

左文伟¹, 姚 健² (1. 四川省泸州医学院临床医学院 646000; 2. 四川省泸州市人民医院 646000)

【摘要】 目的 探讨经脐入路腹腔镜胆囊切除术的可行性及应用价值。**方法** 回顾分析 35 例(胆囊结石 28 例, 胆囊息肉 7 例)经脐入路腹腔镜胆囊切除术的临床资料。**结果** 手术时间 28~62 min, 平均 40 min; 术中出血 3~16 mL, 平均 7 mL。未放引流, 无出血、胆漏等并发症。术后随访 1~18 个月, 平均 6 个月, 患者均无腹痛、发热、黄疸及脐疝发生, 脐部瘢痕隐蔽。**结论** 经脐入路腹腔镜胆囊切除术是安全可行的, 操作难度较常规腹腔镜胆囊切除术大, 但通过熟练的操作、器械的改进, 与常规腹腔镜胆囊切除术手术时间无明显差别, 更具微创性, 美容效果更佳, 值得临床推广应用。

【关键词】 经脐入路; 腹腔镜; 胆囊切除术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 02. 006 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)02-0140-02

Transumbilical laparoscopic cholecystectomy; report of 35 cases ZUO Wen-wei¹, YAO Jian² (1. Clinical Medical College, Luzhou Medical College, Luzhou, Sichuan 646000, China; 2. Luzhou People's Hospital, Luzhou, Sichuan 646000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the feasibility and application value of transumbilical laparoscopic cholecystectomy. **Methods** To retrospectively analyze the clinical data in 35 cases of laparoscopic cholecystectomy through the transumbilical approach (28 cases of cholelithiasis, 7 cases of gallbladder polyp). **Results** The operation time was generally 28–62 min (40 min). Intraoperative bleeding was 3–6 mL, average 7 mL. Drainage was not used. No bleeding, bile leakage or other complications occurred postoperatively. In the follow-up of 1–18 months, average 6 months, no abdominal pain, fever, jaundice or umbilical hernias occurred with the cover-up of the umbilical scar. **Conclusion** The laparoscopic cholecystectomy through the transumbilical approach is safe and feasible. The operation is more difficult than routine laparoscopic cholecystectomy. Through the skilled operation and improvement of instrument, the operation time has no obvious difference compared with routine laparoscopic cholecystectomy. Transumbilical laparoscopic cholecystectomy is more minimally invasive with better cosmetic effect, which is worth the clinical application and popularization.

【Key words】 through the transumbilical approach; laparoscopic; cholecystectomy

近年来, 经脐入路内镜手术^[1] (transumbilical endoscopic surgery, TUES) 已在临床开展并取得了一定成效和进展, 其手术切口位于脐缘, 因脐缘皮肤褶皱可以遮盖, 可达到令人满意的美容效果^[2]。泸州市人民医院于 2010 年 1 月至 2011 年 6 月应用该项技术行胆囊切除术 35 例, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 35 例中男 16 例, 女 19 例, 年龄 18~67 岁, 平均 46 岁。其中胆囊结石 28 例, 胆囊息肉样病变 7 例, 均为择期手术。病例选择标准: 胆囊良性病变, 无严重炎症发作、穿孔、腹腔严重粘连及其他严重并发症, 估计手术难度不大的患者。由于本术式刚刚开展, 病例选择体型中等偏瘦的患者。

1.2 手术方法 气管插管全身麻醉, 于脐孔下缘做 1 cm 弧形切口, 穿入 10 mm Trocar 观察腹腔情况, 在脐孔上缘 10 点及 2 点位分别置入 5 mm Trocar 使其呈倒“品”字型^[3]。取头高脚低位, 右倾 10°~15°, 用抓钳牵拉胆囊颈部, 显露胆囊三角, 用分离钳或电凝钩分离胆囊管和胆囊动脉, 辨清胆囊管、肝总管、胆总管的关系后, 钛夹夹闭胆囊管及胆囊动脉, 电钩常规切除胆囊, 电凝胆囊床, 未放引流, 胆囊从脐部取出。缝合切口恢复脐部形态。

2 结 果

35 例手术均获成功, 无出血、胆漏等并发症。手术时间 28~62 min, 平均 40 min。术中出血 3~16 mL, 平均 7 mL。

术后 12 h 下床活动, 1 d 后肛门排气, 胃肠功能恢复开始进食。切口感染 2 例, 换药后愈合, 无严重手术并发症。术后 3 d 均康复出院。术后随访 1~18 个月, 平均 6 个月, 无腹痛、发热、黄疸及脐孔疝的发生, 脐部瘢痕隐蔽, 美容效果理想。

3 讨 论

2004 年 Kalloo 等^[4]提出了经自然腔道内镜手术 (natural orifice transluminal endoscopic surgery, NOTES) 的概念。作者也进行了探索^[5-6], 初步认为由于器械的影响, 其距广泛开展还有较大距离^[7], 而经脐入路是一种腹壁无瘢痕手术, 是现阶段最为可行的经自然腔道外科技术。近年学者们开始尝试经脐单切口腹腔镜胆囊切除术。2007 年 5 月, Podolsky 等^[8]完成了首例经脐单孔腹腔镜胆囊切除术; 2000 年 5 月张忠涛等^[9]开展了国内首例经脐单孔腹腔镜胆囊切除术, 获得良好效果。总结本组病例与传统腹腔镜手术有以下异同点: (1) 手术医师站立于患者右侧, 有利于惯于用右手的医师操作。患者头高位, 右倾 10°~15°, 避免结肠和大网膜堆积在胆囊周围, 便于操作。(2) 胆囊三角部位的显露在肥胖患者较为困难, 对此术中先向上牵引胆囊, 从胆囊两侧开始游离至胆囊底, 此时胆囊已部分游离, 向上牵引时即可看到胆囊三角, 进行常规处理。(3) 常规腹腔镜手术时, 术野显露和操作都比较方便。TUES 时腹腔镜和器械均经脐部进入腹腔, 平行的器械带来显露和操作的困难。TUES 要在脐部放置 3 个套管, 穿刺套管尾部膨大

部分是引起器械外部冲突的主要原因^[10]。另一因素是相邻的器械转轮和手柄。为此,选用底座外径小的套管,并使 3 个套管的底座交错分布不在同一平面;并定制加长的器械和近手柄处向外弯的抓钳或使用可弯曲手术械件,可较好地克服这种外部冲突,降低操作难度^[11]。

本组病例效果良好,初步显示了 TUES 的优越性,分析有以下特点:(1)脐部是腹壁最薄弱的部位,神经纤维稀疏,穿刺时对腹壁损伤轻,手术伤口疼痛不明显,脐部缝合后瘢痕隐蔽,美容效果好^[12]。(2)与 NOTES 相比,TUES 风险较小,通过手术械件的改进可降低操作难度,不需额外复杂、昂贵的设备,是现阶段探索 NOTES 的可行技术。(3)同常规腹腔镜手术相比,TUES 毕竟是难度比较大的手术,且作为一项新技术,目前仍处在探索时期。作者体会本术式开展初期应选择操作难度不大的患者,待积累经验后再逐步扩大手术范围。(4)本术式的操作体会:①向上牵引胆囊,从胆囊两侧开始游离至胆囊底。②向左上方牵引分离后三角。③向右下方牵引分离前三角。④常规处理胆囊管、胆囊动脉后逆行切除胆囊。

总之,TUES 是安全可行的,操作难度较常规腹腔镜胆囊切除术大,通过熟练的操作及器械的改进,与常规腹腔镜胆囊切除术手术时间接近,具有更微创性和更好的美容效果,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 朱江帆,胡海,马颖璋,等. 经脐入路腹腔镜手术的初步临床报告[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(1):75-77.
- [2] 姚健,罗黔. 悬吊式经脐入路腹腔镜胆囊切除术的临床研究[J]. 西部医学,2010,22(8):1422-1423.

- [3] 罗黔,姚健,赖俊渝. 经脐入路腹腔镜胆囊切除术 25 例临床分析[J]. 西部医学,2011,23(3):501-502.
- [4] Kalloo AN, Singh VK, Jagannath SB, et al. Flexible trans-gastic peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions in the peritoneal cavity[J]. Gastrointest Endosc, 2004, 60(1): 114-117.
- [5] 姚健,朱敏,罗黔,等. 经阴道联合经脐腹腔镜胆囊切除 2 例[J]. 重庆医学,2010,39(13):1783-1784.
- [6] 姚健,罗黔,杨景芳,等. 国内首例经阴道腹腔镜胆囊切除术[J]. 检验医学与临床,2010,7(12):1169-1170.
- [7] 姚健,罗黔,朱敏. 悬吊式经脐入路腹腔镜手术 20 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志,2011,16(2):107-109.
- [8] Podolsky ER, Curcillon PG, Rottman SJ, et al. Single port access (SPA) surgery initial experience of a novel minimal access approach applied across surgical specialist[J]. Surg Endosc, 2008, 22(1): 172-177.
- [9] 张忠涛,韩威,李建设,等. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术 1 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志,2008,13(4):314.
- [10] 朱江帆. 经脐入路内镜手术腹壁无瘢痕手术的另一途径[J]. 腹腔镜外科杂志,2009,14(1):5-7.
- [11] Zhu JF, Ma YZ. Totally transumbilical endoscopic cholecystectomy without visible abdominal scar using improved instruments[J]. Surg Endosc, 2009, 23(8): 1781-1784.
- [12] 马颖璋,朱江帆. 经脐入路内镜手术[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(8):759-761.

(收稿日期:2011-07-05)

(上接第 139 页)

者,但差异无统计学意义($P>0.05$),与文献[9-10]报道不尽相同,可能与地域和民族的差异,以及部分 C 型 CHB 患者发生了 C 区变异有一定关系。本研究对血清酶学的检测结果表明,B 型和 B+C 型 CHB 患者 ALT 含量较高,AST 和 γ -GGT 含量在 C 型、B+C 和 B+D 型中高于 B 型。ALT 是反映肝细胞损伤较早的指标,在肝脏损伤早期或轻度损伤时 ALT 比 AST 上升要快而且幅度大,当肝脏损伤达重度时肝细胞线粒体中的 AST 释放入血,浓度迅速上升,ALT 上升幅度减小甚至降为正常,提示了 C 型和混合型 CHB 患者的肝细胞损伤程度比 B 基因型要严重。当慢性肝炎有活动性病变时,诱导微粒体酶合成增加, γ -GGT 含量随即也增加,提示 C 型、B+C 型和 B+D 型患者病变处于活动期,应积极地进行抗病毒治疗。

基因型是影响疾病进程的重要因素之一,进行 CHB 患者 HBV 基因型和临床特点的深入研究,可以了解疾病的发展和预后,在选择合理、有效的治疗方法以及评估疗效等方面发挥了积极的作用。

参考文献

- [1] Weber B. Genetic variability of the S gene of hepatitis B virus: clinical and diagnostic impact [J]. J Clin Virol, 2005, 32(2): 102-112.
- [2] Arauzruiz P, Norder H, Robertson H, et al. Genotype H: a new Amerindian genotype of hepatitis B virus revealed in Central America [J]. J Gen Virol, 2002, 83(8): 2059-2073.
- [3] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会,肝病学会. 病毒

- 性肝炎防治方案 [J]. 中华肝脏病杂志, 2000, 8(6): 324-329.
- [4] 张智,张珍,李楠,等. 185 例广东人乙型肝炎病毒基因分型及耐药基因检测 [J]. 广东医学, 2008, 29(1): 97-98.
- [5] Chu CJ, Keffe EB, Han SH, et al. Hepatitis B virus genotypes in the United States: results of a nationwide study [J]. Gastroenterology, 2003, 125(2): 444-451.
- [6] 郭瑜,刘晓燕,胡惠梅,等. 山西省乙型肝炎病毒基因型的初步研究 [J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 2006, 20(4): 361-363.
- [7] Chan HL, Hui AY, Wong ML, et al. Genotype C hepatitis B virus infection is associated with an increased risk of hepatocellular carcinoma [J]. Gut, 2004, 53(10): 1494-1498.
- [8] 谭文婷,邓国宏,王宇明,等. 重庆地区乙型肝炎病毒基因型分布及其临床意义 [J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(24): 2321-2323.
- [9] Fang SK, Chen HB, Fontana RJ, et al. Virologic response and resistance to adefovir in patients with chronic hepatitis B [J]. J Hepatol, 2006, 44(2): 283-290.
- [10] 李卓,李洪权,李俊红,等. 北京地区乙型肝炎病毒基因型与其感染临床表型的相关性 [J]. 世界华人消化杂志, 2005, 13(24): 2823-2827.

(收稿日期:2011-07-02)