

· 短篇及病例报道 ·

1 例妊娠期腹腔镜胆囊切除术的手术配合

甘晓琴, 刘小铃, 张亚莉, 李寿兰

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所麻醉科手术室, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2693-02

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)目前已经被公认为治疗胆囊结石等良性胆囊疾病的首选方法^[1]。妊娠期胆囊结石并胆囊炎曾被认为是 LC 的绝对禁忌^[2]。随着腹腔镜技术的迅猛发展,近年来,国内外不断有妊娠期 LC 术的成功病例报道。本院成功实施了 1 例孕 29 周孕妇的 LC 手术,2⁺ 月后随访,该孕妇顺利剖宫产下 1 名健康男婴,现报道如下。

1 临床资料

患者,青年女性,孕 29 周。1 个月前因进食“鸡汤”后感腹痛,入院后腹部 B 超检查提示胆囊结石,产科 B 超提示孕中期、单活胎,诊断为 G₁P₀ 29 周,胆囊结石,急性胰腺炎。入院后予以抗感染、抑酸、补液和营养支持等对症治疗,患者腹痛有所好转。但患者近 1 个月以来进食差,且伴呕吐,体质量较 1 个月前降低。经各相关科室会诊后,决定在全麻下行 LC 术。术前 48 h 使用地塞米松,每 12 h 1 次,每次 6 mg;术前 24 h 静滴硫酸镁 15 g 以防早产。手术 30 min 顺利完成,手术结束 10 min 后拔出气管导管,患者循环呼吸系统平稳,胎儿宫缩 7~8 min 1 次,胎心 128~135 次/分。观察 30 min 后宫缩明显减少,安返病房。

2 护理配合

2.1 术前准备

2.1.1 患者准备 参加术前讨论会,全面系统地了解患者病情情况、手术方法、注意事项及术中护理配合要点等。手术前 1 d 携带访视卡访视患者,让患者了解手术目的、腹腔镜手术的优点、手术室环境及出入流程、术前准备要点等,增强患者及家属的信心,稳定情绪,充分休息,积极配合手术。术日热情接待并鼓励患者。

2.1.2 手术间及用物准备 手术间保持适宜的温度和湿度,播放轻音乐,帮助患者放松心情,控制参观人员及工作人员的出入数量。除准备常规手术用物外,还须对腹腔镜器械、腹腔镜机组、胎心监护仪等仪器设备进行准备与检查,确保所有设备、器械可正确连接并正常使用。为了应对紧急剖腹分娩,巡回护士应提前将婴儿保暖装置和婴儿复苏设备备好。

2.2 术中配合

2.2.1 麻醉配合 进入手术室后常规心电图、血压和氧饱和度监护。左上肢建立静脉通道,静滴硫酸镁。

2.2.2 胎心监护 手术前,产科护士应评估胎心音并做出基线,将胎心监护探头用透明敷料贴固定于患者下腹部,建立连续胎心监护。术中若胎儿心率出现异常时,需降低 CO₂ 气腹压力。进一步查找胎儿异常的原因,做好对症处理,必要时超声检查胎儿在宫内的活动情况^[3]。

2.2.3 体位摆放 妊娠期由于子宫增大,仰卧位时可压迫腹

主动脉和下腔静脉,使腹主动脉血流量减少,气腹引起的腹压增高进一步加重这种变化,引起胎盘血流量减少及高碳酸血症,导致胎儿缺氧,因此,术中应采取头高、足低、向左倾斜 30° 位,这样既可减小妊娠子宫对腹主动脉的压迫,增加胎盘血流量,减少对胎儿生长发育的影响,又能充分暴露右上腹腔内空间,便于充分暴露胆囊,减少内脏及子宫损伤的发生。体位变动时应缓慢进行,以减少母体血压的快速变化导致的不良反应。

2.3 气腹的建立 由于患者宫底位置较高,先于剑突下戳孔建立气腹以避免损伤子宫,传统套管的位置要根据宫底高度进行调节。建立气腹穿刺时术者及助手应尽可能提起双侧腹壁,使其远离子宫,气腹针向右上方或左上方倾斜刺入,以避免损伤妊娠子宫,气腹压力控制在 12 mm Hg 以内。

2.4 手术后处理 手术结束时尽量排净腹腔内的 CO₂。监测胎心、胎动,必要时给予保胎或抑制子宫收缩药物。在搬运及术后恢复过程中继续吸入一定量 O₂,以提高孕妇血氧含量及血氧饱和度,减少胎儿宫内缺氧及高碳酸血症。术后搬运及麻醉复苏过程中应采用侧卧位,以减少误吸、降低妊娠子宫对腹主动脉及下腔静脉的压迫。

3 讨论

3.1 妊娠期 LC 术 流行病学研究表明,4.5% 的孕妇患有无症状胆结石,0.05% 的孕妇患有急性胆囊炎,这些患者中有大约 40% 需在孕期手术^[4]。20 世纪 90 年代初,妊娠期被列为腹腔镜手术的禁忌证,1991 年,Weber 等^[4]报道了第 1 例妊娠期腹腔镜手术。随后,越来越多的报道在妊娠期腹腔镜的可行性、有效性及安全性方面进行了临床观察和动物实验^[5]。LC 手术因其创伤小、患者痛苦少、术后恢复快、手术切口较美观而广为患者所接受。同时,LC 术麻醉及止痛药物用量较少,住院时间及恢复期短、手术切口疼痛轻,这些对妊娠期胆囊结石患者尤为重要^[6]。由于手术中 CO₂ 气腹、麻醉药物对胎儿分化发育的影响及子宫底位置高低对手术操作空间的干扰,手术时机的选择尤其重要。多数 LC 专家认为妊娠中期胎儿器官的分化及发育已经完成,此期行 LC 术自然流产率较妊娠早期减少 50%,且妊娠子宫位置在脐下或稍高于脐平面,对手术操作空间的影响较小,腹壁也易于提起,不影响闭合法建立气腹,是妊娠期 LC 术的最佳时机^[7-8]。妊娠期 LC 术涉及孕妇及胎儿 2 条生命的安全,特别是建立气腹的 CO₂ 有一定的致畸作用,气腹压力及术中麻醉对胎儿的心率、脐血管运行有一定影响,因此,为了减少并发症、缩短手术和 CO₂ 气腹时间,要求医护人员有娴熟的技术和默契的配合。

3.2 气腹压力控制 为显像清晰和操作方便,气腹是很有必要的。头高脚低位会增加腹腔内的压力,可能降低肺的顺应性

和肺功能性残余量。另外,由于腹腔压力的增高,减少静脉回流和心输出量,导致子宫胎盘供血减少,引起胎儿宫内缺氧。所以,腹腔压力如能控制到最低,但又不影响到手术,才是最理想的。

3.3 做好紧急剖宫产分娩准备 该患者孕 29 周,术中如出现胎儿窘迫不好转,应立即行剖宫产术。巡回护士术前应备好婴儿保暖装置和婴儿复苏设备,产科护士应在现场,行持续胎心监测,若胎儿分娩,则进行胎儿复苏及护理工作。在急诊剖宫产的同时,要及时联系儿科医生来到现场。

3.4 深静脉血栓的预防 妊娠晚期由于凝血因子及血浆纤维蛋白原增加,抗凝血酶Ⅲ水平降低,从而使血液呈高凝状态,而高凝状态是形成深静脉血栓的首要因素,因此,术中应给患者穿戴抗血栓袜,使用周期性加压装置,避免血栓的形成。

参考文献:

- [1] Portincas P, DI Ciaula A, Wang HH, et al. Medicinal treatments of cholesterol gallstones: old, current and new perspectives[J]. *Curr Med Chem*, 2009, 16 (12): 1531-1542.
- [2] 巴明臣,周晓东,陈训如,等. 妊娠期腹腔镜胆囊切除术·短篇及病例报道·

[J]. *中华消化内镜杂志*, 2001, 18(5): 315-317.

- [3] 章伟丽. 妊娠期常见腹腔镜手术研究进展[J]. *国外医学妇产科学分册*, 2006, 33(1): 17-20.
- [4] Weber SA, Garteiz MD, Itzkovich RN, et al. Analysis of the increasing role of laparoscopy in the management of acute abdomen in pregnancy[J]. *Gynecol Obstet Mex*, 2001, 69(11): 422-430.
- [5] 张新艳,刘彦,杨力,等. 妊娠期腹腔镜手术的应用现状及展望[J]. *中华围产医学杂志*, 2006, 9(5): 353-355.
- [6] Costantino GN, Vincent GJ, Mukalian GG, et al. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy[J]. *J Laparoendosc Surg*, 1994, 4(8): 161-164.
- [7] Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy[J]. *Obstet Gynecol Surv*, 2001, 56(2): 50-59.
- [8] Martin IG, Dexder SP, McMahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A safe option during the second trimester[J]. *Surg Endosc*, 1996, 10(12): 508-510.

(收稿日期:2013-02-22 修回日期:2013-05-03)

胃体神经内分泌瘤 2 例诊治体会

傅鑫,胡 轲,邢寒阳,颜蓁先,陈东风[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2694-02

1 临床资料

病例 1:患者,女,70 岁,因“反复腹胀 3 年,加重 10 d”入院,近 3 年间断出现进食后上腹胀,无腹痛、腹泻,当地医院曾胃镜检查考虑胃溃疡,药物治疗间断好转,近 10 d 腹胀再发,当地复查胃镜提示:胃体息肉。为进一步诊治入院。查体未见异常体征。本院超声胃镜提示:胃体壁第二层低回声欠均质肿块,超声切面大小约 1.1 cm×0.5 cm,考虑:胃体黏膜肌层低回声肿块(平滑肌瘤?)。遂行胃镜下黏膜剥离术,术后病理检查提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 级,类癌),肿瘤侵及黏膜下层,且邻近切缘(<1 mm)。免疫组织化学:CK(+),Syn(+),CD56(+),CgA(+),Ki-67(<2%),P53(-)。进一步行全身 PET 提示:(1)胃体小弯侧神经内分泌瘤切除术后,术区结节样 FDG 代谢增高灶,考虑术后改变,建议密切随访;(2)脑、颈部、肺部、盆部 FDG-PET 显像及 CT 平扫未见异常。请胃肠外科专家会诊建议转科继续治疗,但患者及家属坚持拒绝转科,要求出院自行门诊随访。出院诊断为:胃体神经内分泌瘤。

病例 2:患者,女,48 岁,因“上腹饱胀不适 3 个月”入院,近 3 个月反复上腹部饱胀不适,与进食无明显关系,院外胃镜及活检提示:胃体息肉。来本院诊治。查体未见异常体征。入院后超声胃镜检查提示:胃窦大、小弯侧分别查见一约 0.3 cm 息肉样病变,胃体大弯侧查见多个直径约 0.1 cm 息肉样病变,另见一约 0.7 cm×0.8 cm 息肉样病变,表面糜烂,超声探查见黏

膜层稍增强不均匀回声,超声切面约 0.6 cm×0.4 cm,符合息肉改变。沟通好后行胃镜下黏膜切除及氩气刀凝固术,术后病理检查提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 期),免疫组化:CK7(-),CK20(-),CK19(+),Syn(+),CD56(+),Ki-67(<5%),CgA(+),P53(弱+).故诊断为:胃体神经内分泌瘤、胃多发性息肉。术后 4 个月复查胃镜提示:胃窦大弯侧局部黏膜稍充血肿胀,胃体上段前壁黏膜见直径约 0.3 cm 息肉样隆起,再予活检提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 级,类癌),免疫组化:CK(+),Syn(++),CgA(+++),CK7(-),CD56(-),Ki-67(2%)。腹部增强 CT 未见明显异常。完善共聚焦和 NBI 胃镜所见:胃体大弯侧在原内镜手术部位可见黏膜稍粗大隆起,表面光滑,NBI 模式下仅见红斑部位少量血管扩张,腺体开口无明显异常,符合炎症表现。在共聚焦内镜下扫描胃体大弯部分可见肠化腺体,部分见腺体内明亮细胞,腺体结构存在无破坏。请胃肠外科专家会诊后建议手术治疗,但患者及家属决定出院随访,必要时外科手术治疗。出院诊断为:胃神经内分泌瘤。

2 讨 论

神经内分泌肿瘤(neuroendocrine neoplasm, NEN)是一类罕见的、生长缓慢的肿瘤,来源于神经内分泌系统的异质性肿瘤,可发生于全身多个器官和组织,以消化系统最为常见。近些年,由于人们健康意识的提高,内镜检查技术的发展和内镜