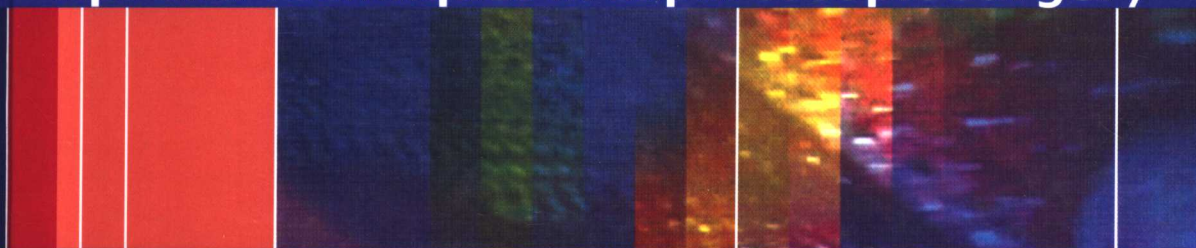


原著 Jean-Louis Dulucq
主译 吴硕东

腹腔镜手术技术与技巧

Tips and Techniques in Laparoscopic Surgery

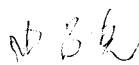


人民卫生出版社

腹腔镜手术技术与技巧

Tips and Techniques in Laparoscopic Surgery

原 著 Jean-Louis Dulucq



主 译 吴硕东 (中国医科大学附属盛京医院)

副主译 范 莹 (中国医科大学附属盛京医院)

苏 洋 (中国医科大学附属盛京医院)

译 者 (以姓氏笔画为序)

于 宏 (中国医科大学附属盛京医院)

孔 静 (中国医科大学附属盛京医院)

王吴霖 (中国医科大学附属盛京医院)

田 雨 (中国医科大学附属盛京医院)

石 刚 (中国医科大学附属盛京医院)

张振海 (中国医科大学附属盛京医院)

金俊哲 (中国医科大学附属盛京医院)

殷红专 (中国医科大学附属盛京医院)

人 民 卫 生 出 版 社

Translation from the English language edition:
Tips and Techniques in Laparoscopic Surgery by Jean-Louis
Dulucq
Copyright © 2005 Springer-Verlag Berlin Heidelberg
Springer is a part of Springer Science + Business Media
All Rights Reserved

图书在版编目 (CIP) 数据

腹腔镜手术技术与技巧/(法)德卢克(Dulucq, J. L.)
原著:吴硕东主译. —北京:人民卫生出版社, 2006. 6
ISBN 7-117-07525-2

I. 腹… II. ①德… ②吴… III. 腹腔镜-外科
手术 IV. R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 027608 号

图字: 01-2006-2877

腹腔镜手术技术与技巧

原 著: Jean-Louis Dulucq
主 译: 吴硕东
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)
地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)
E - mail: pmph@pmph.com
邮购电话: 010-67605754
印 刷: 北京人卫印刷厂(宏达)
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 15
字 数: 299 千字
版 次: 2006 年 6 月第 1 版 2006 年 6 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 7-117-07525-2/R·7526
定 价: 99.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

外科手术的实施过程展示了人体的内部结构。一个成功的外科见习医生必须具备两种基本素质：

- 对解剖及手术路径的准确理解；
- 由有经验的外科医生对其进行正规的训练，包括展示外科技巧、策略、手法、姿势及如何才能使手术过程安全、有效而迅速。

几十年来，这一直是外科见习医生及外科医生在实践中进行知识更新的途径。若干年来，在这个过程中陪伴他们的是教科书、图谱及照片。然而，印刷品并不能满意并准确地反映外科医生在手术过程中的动作及手法。在传统手术中，只有第一及第二助手能准确地捕获发生在深部术野的视觉信息。因此，外科实习期十分漫长，且每名老师只能带几个学生。摄像机进入手术室大大提高了外科教学的质量，但对传统开放手术进行摄影相当困难。摄影师如未经过严格训练，很难在手术者及助手的头肩及指缝中捕捉到重要操作镜头。大多数时候，为了方便捕获镜头，手术者的技巧发挥受到限制，进而影响了教学价值。

随着腹腔镜手术的开展，与手术同步的摄像技术逐步开展起来，一切都发生了改变。现在，外科医生可通过观察显示器内的图像施行手术。对术野摄像技术的发展，使手术操作不再因为摄影而受到制约。腹腔镜手术是真正意义上的外科手术的革命。然而，我们仍需坚持上述提及的两个基本条件：

- 必须加强对基本解剖结构知识的掌握。腹腔镜技术的放大作用使器官间软组织的分界更加清楚，对于这些界限的清楚认识是避免因众多小血管损伤影响视野而被迫中转开腹的必要条件。
- 由手术技艺高超的外科医生对众多学习者进行常规的培训是一种较简易的途径，他们可以获得与手术者及助手同样的手术视野。老师可以完美地展示操作进程，

通过视听感受与参观者进行交流,必要时进行附加的解说。如此生动、互动的演示可通过视频在全球传播,容易进行录像,文件容易储存,可建立录像带、CD-R 等资料库。在外科医生学习腹腔镜手术的过程中,这些视听材料成为其学习的主要工具。

J. L. Dulucq 教授很早便理解了腹腔镜技术的重要性,他是 1988 ~ 1989 年最先开展腹腔镜手术的 10 位外科医生之一,迅速成为杰出的腔镜外科医生并一直走在此领域的前沿。早在 1993 年,他就建立了治疗消化道、内分泌及血管疾病的腔镜技术的培训机构,此机构命名为 I. L. S., 目前已是世界闻名并成为教授腹腔镜手术的医学基地。除了常规的教授课程外,此中心还通过卫星系统与欧洲及全世界的腹腔镜研究中心进行联络。我们可通过因特网进入此中心图书馆网页并与此前及目前的学员进行联系。我见证并参与了此中心发展的过程,并且认为现代的媒体手段可代替传统的印刷品。但是随着时间的流逝,我改变了看法并鼓励 J. L. Dulucq 教授撰写本书以总结其教学精华。

本书使用常规的方式介绍了 17 种关于消化道、肾上腺及疝的腹腔镜手术方法。正如同外科手术操作的要求一样,其风格朴素而精确。提纲仅列出要点,而与行文相反的是精心的版面设计及术中详尽生动的图片,举例恰当。本书生动地展现了外科手术过程中的真实情况,收集了 J. L. Dulucq 教授对腔镜手术的革新及技巧。由于其内容跨度较大,范围由阑尾炎至结肠癌,因此,本书对初学者及熟练的术者都是有用的教材。尽管仅凭本书并不足以培养腹腔镜外科医生,但它是打开腹腔镜手术训练大门的一把最好的钥匙,成为初学者前进的指路明灯。

您可通过因特网网页 www.e-laparoscopy.com (ILS 中心的实例教育) 浏览本书。亦可阅读本书的姊妹篇,进而学习食管、胃、肝脏及胰腺等脏器的腔镜外科高难手术。

Jacques Périssat

前言

创作本书的目的是通过一种实用的途径介绍并推广腹腔镜技术，书中将每种手术操作总结为六个步骤，均使用图片细致讲解手术过程。

17 个章节分别介绍了 17 种腹腔镜手术的基础知识。本书为对此外科领域感兴趣的外科医生提供了一个袖珍版本，其中一个章节对过去 6 年来此领域的成就与教训进行了总结。我们希望这本关于腹腔镜技术与技巧的图书能成为初学者的指南，并可为具有一定外科经验的外科医生提供参考。

真诚地感谢波尔多腔镜外科治疗中心的外科团队。

真诚希望本书能满足腔镜外科医师的期望。

Jean-Louis Dulucq

目录

第一部分	上消化道操作	1
第 1 章	腹腔镜胆囊切除术	3
第 2 章	腹腔镜胆总管手术	21
第 3 章	腹腔镜胃底折叠术 (GERD): Nissen 和 Toupet 式折叠术	38
第 4 章	腹腔镜胃束缚术治疗病态肥胖症	54
第 5 章	腹腔镜 Heller 食管肌切开治疗失弛缓症	73
第 6 章	腹腔镜脾切除术	87
第二部分	直肠结肠操作	97
第 7 章	腹腔镜阑尾切除术	99
第 8 章	腹腔镜左半结肠切除术	114
第 9 章	腹腔镜右半结肠切除术	131
第 10 章	腹腔镜全结肠切除术	143
第 11 章	腹腔镜直肠固定术治疗直肠脱垂	146
第三部分	腹股沟疝及后腹膜操作	161
第 12 章	全腹膜外 (TEPA) 腹腔镜疝修补术	163
第 13 章	腹腔镜右肾上腺切除术	179
第 14 章	腹腔镜左肾上腺切除术	193
第四部分	盆底疾病操作	197
第 15 章	腹腔镜阴道后位固定术	199
第 16 章	腹腔镜阴道前位固定术	210
第 17 章	腹腔镜 Burch 阴道悬吊术	222

第一部分

上消化道操作

第 1 章 腹腔镜胆囊切除术

1.1 手术室布置：患者体位

患者仰卧，取反 Trendelenburg 位，向左侧倾斜。

术者站在患者两腿之间，第一助手站在患者右侧，第二助手站在患者左侧（图 1.1）。

使用非织物自粘手术单和器械袋。

监视器置于患者头侧左边。

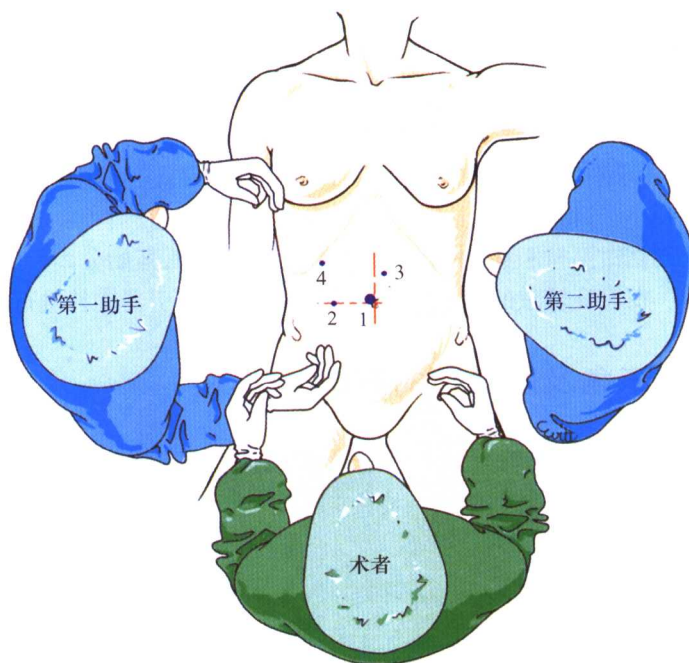


图 1.1 手术室布置——术者及套管的位置

1.2 推荐的手术器械

10mm 套管 2 个
5mm 套管 2 个
0°内镜
无创伤把持钳 2 把
直头或弯头电凝剪刀 1 把
5mm 强力把持钳 1 把
5mm 吸引及冲洗器 1 个
5mm 施夹器 1 个
标本收集袋 1 个

1.3 建立气腹及置入套管：腹腔的暴露及探查

使用 Veress 气腹针建立气腹。第一个 10mm 套管由脐上缘置入，使其略微倾斜以避免发生后疝。

在直视下置入 5mm 套管。一个置于脐与剑突连线上，略靠左侧；第二个位于右肋弓下；第三个置于右上腹部脐的略上方（图 1.1）。在此过程中，腹腔直接显露于腹腔镜下。推开小肠，将肝左叶上抬以显示胆囊。观察腹腔炎性粘连的程度（图 1.2）。使用无创伤钳抓持胆囊，由中线戳孔处引入电凝剪，开始分离。应尽量靠近胆囊壁进行分离。在炎症较重的情况下，可使用电凝剪和吸引器交替进行解剖。

1.4 Calot 三角及胆囊管的解剖

将胆囊向右侧牵引以显露 Calot 三角。轻柔地解剖胆囊颈处腹膜结构，分离出胆囊管，游离出大约 1cm 长，并使用一枚钛夹夹闭其近胆囊端（图 1.3~1.5）。

1.5 术中胆道造影

紧贴钛夹处剪开胆囊管（图 1.6）。使用把持钳由胆囊管内置入胆道造影管（图 1.7）。

注入放射性造影剂，如果胆道造影正常，则拔出造影管，使用一枚钛夹将胆囊管夹闭。横断胆囊管，留足够长的桩（图 1.8）。

亦可使用腹腔镜超声替代胆道造影，但难度更大，且其敏感度较差（图 1.9、图 1.10）。

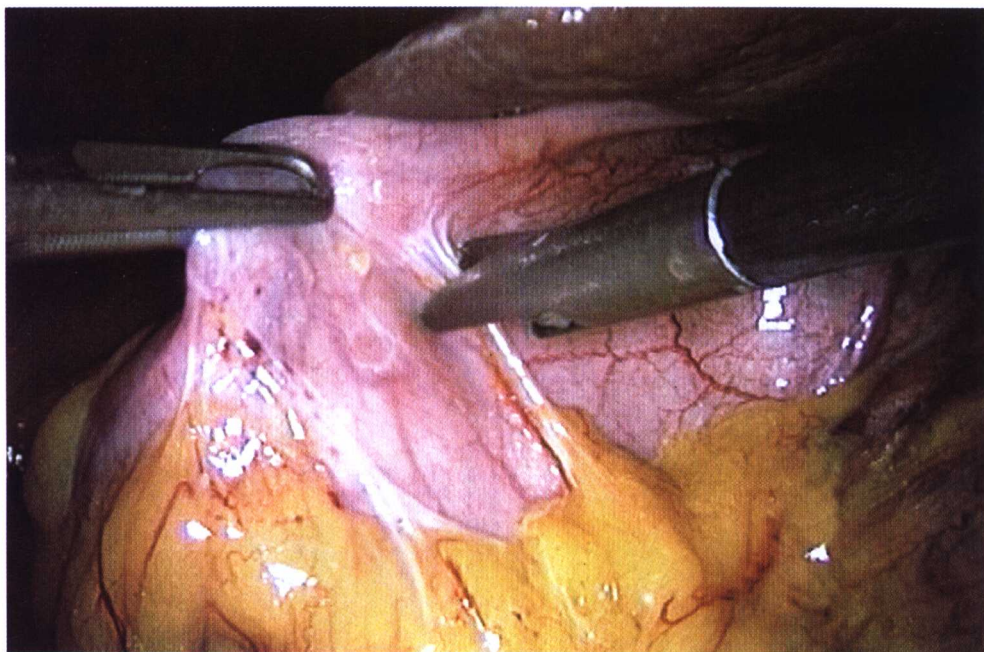


图 1.2 游离网膜粘连

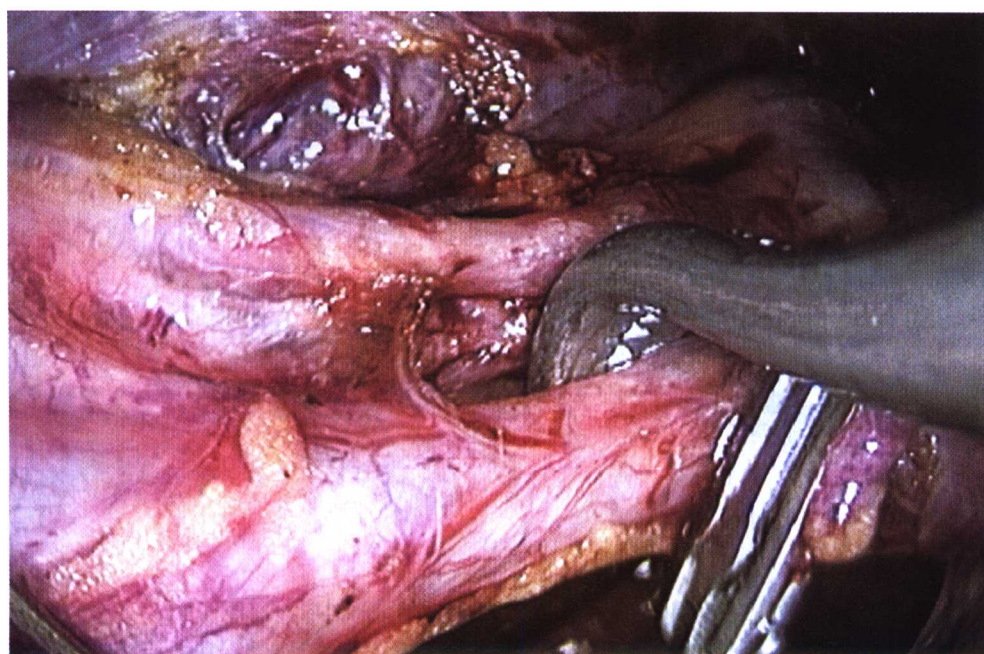


图 1.3 解剖胆囊管

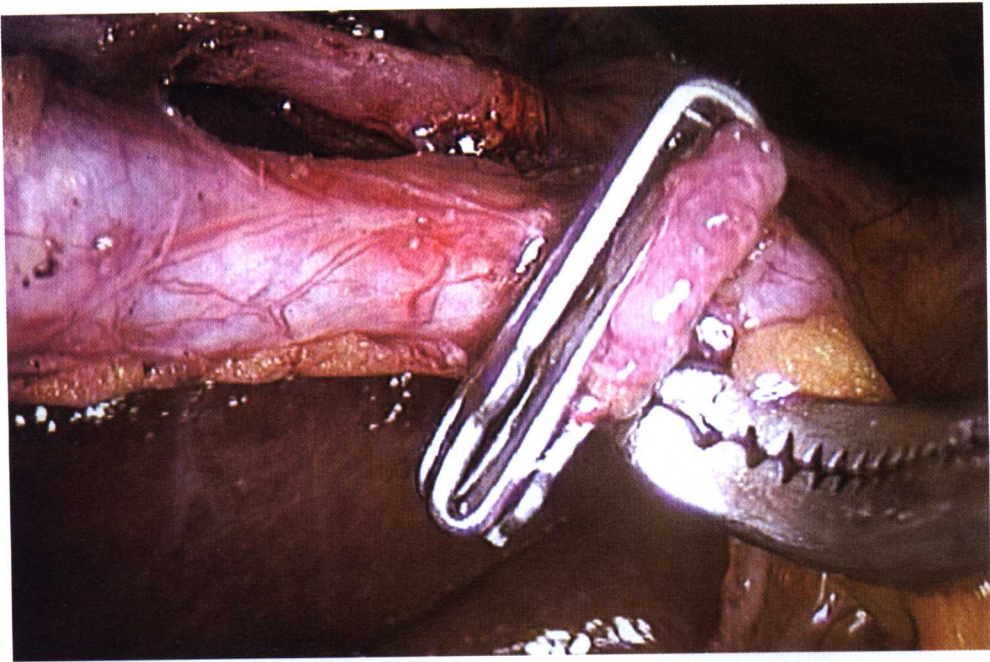


图 1.4 胆囊管解剖完毕

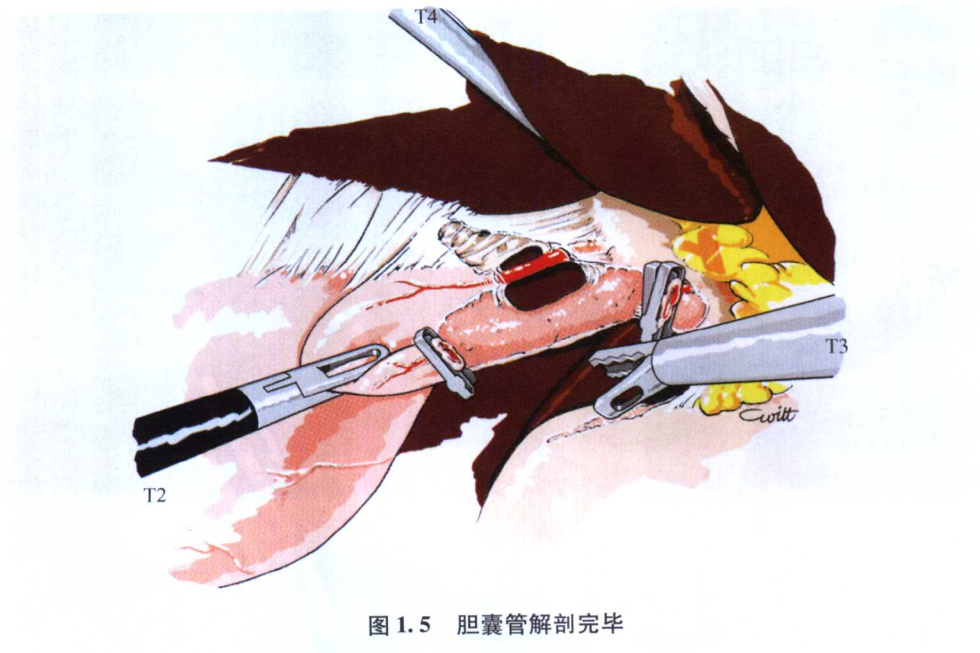


图 1.5 胆囊管解剖完毕

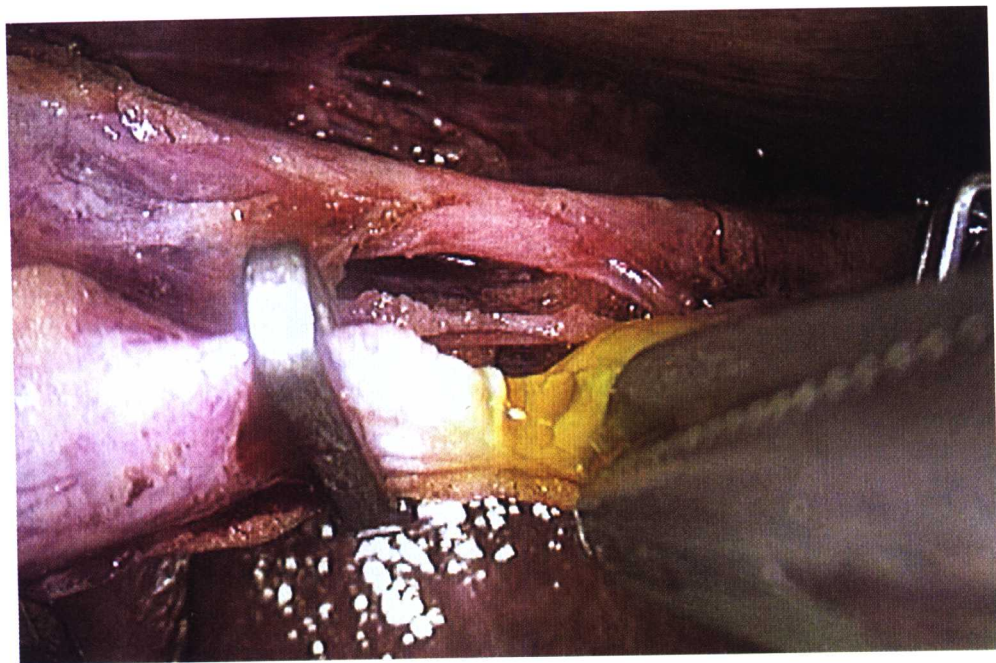


图 1.6 胆囊管穿刺

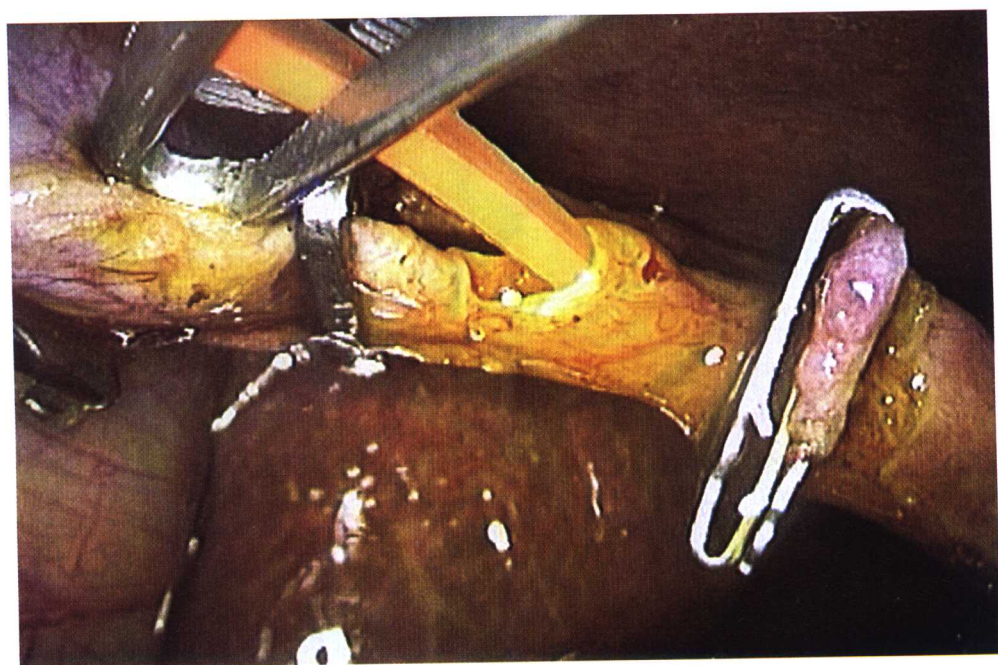


图 1.7 胆道造影

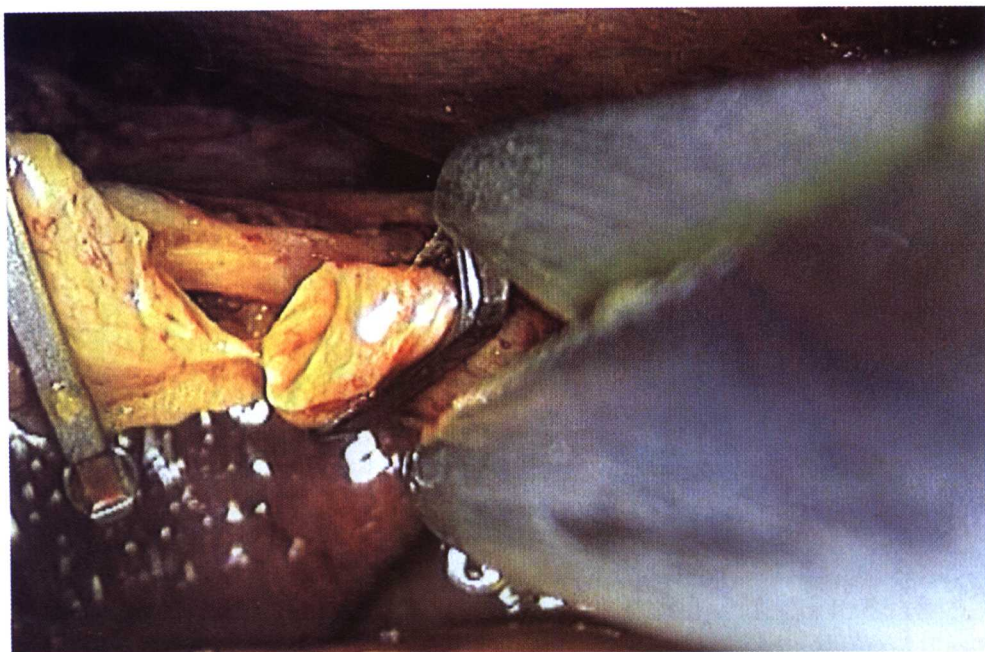


图 1.8 横断胆囊管

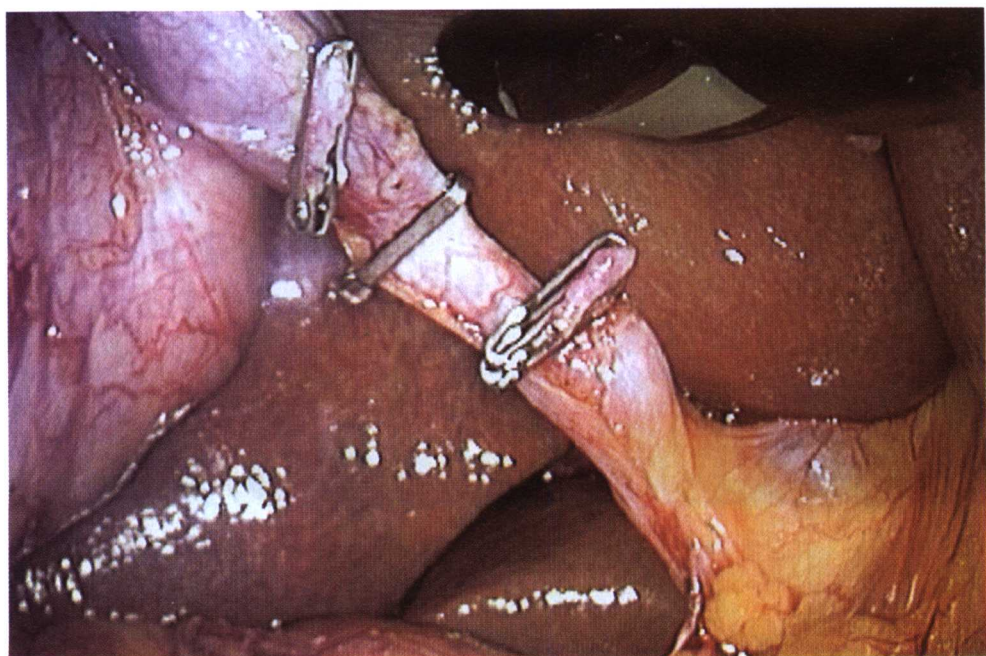


图 1.9 腹腔镜超声探针

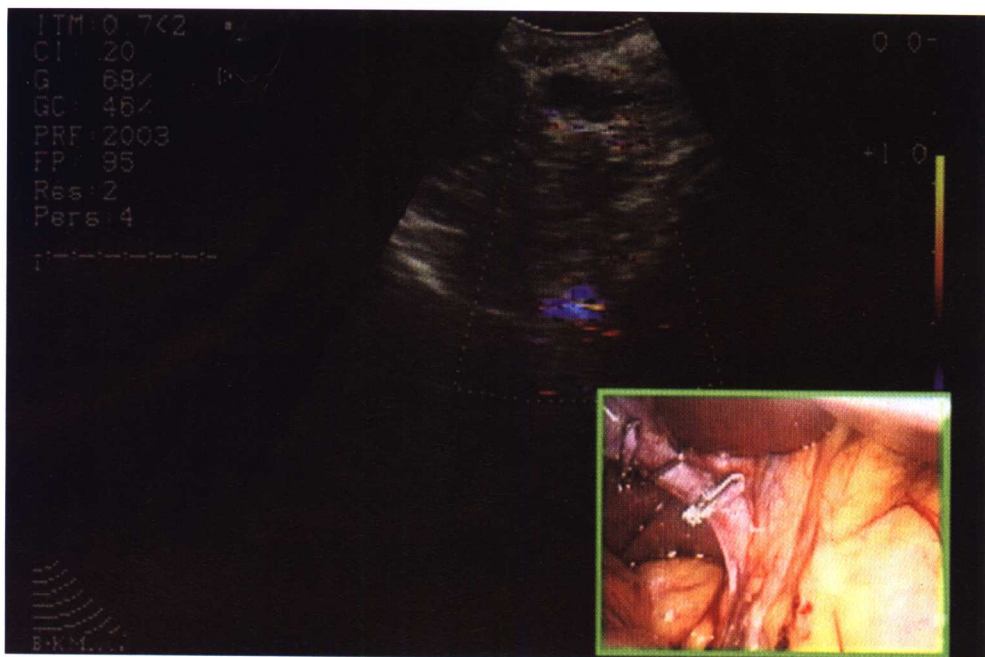


图 1.10 腹腔镜超声

1.6 控制血管

继续解剖 Calot 三角，通常可见胆囊动脉。将肝脏向上牵拉，将胆囊动脉及其分支解剖出来，离右肝动脉足够远，使用一或两枚钛夹控制血管，其中一枚置于血管远端，然后剪断胆囊动脉并进一步逆行切除胆囊（图 1.11 ~ 1.13）。

1.7 游离胆囊

分别逐步地由前后两侧剪开胆囊附着于肝脏的腹膜，使用电凝剪将胆囊由肝脏附着处游离下来。通常情况下，此过程中仅能碰到一些小血管，很容易凝住；如遇到大血管，可使用钛夹夹闭。使用一把把持钳提住胆囊，一步步地进行解剖。使用电凝剪一般可获得良好的止血效果（图 1.14、图 1.15）。

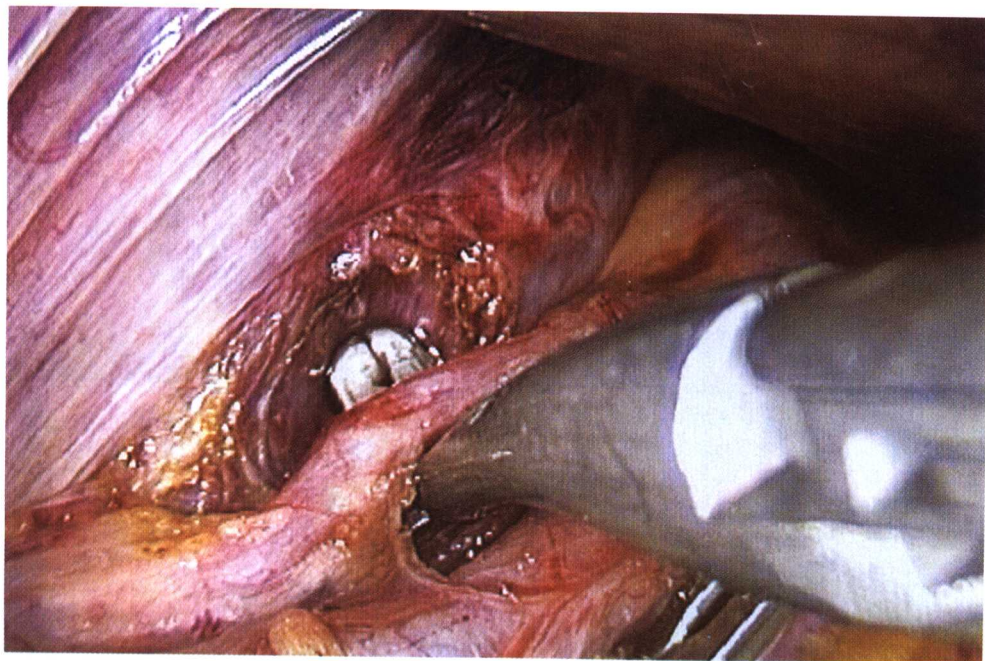


图 1.11 解剖胆囊动脉

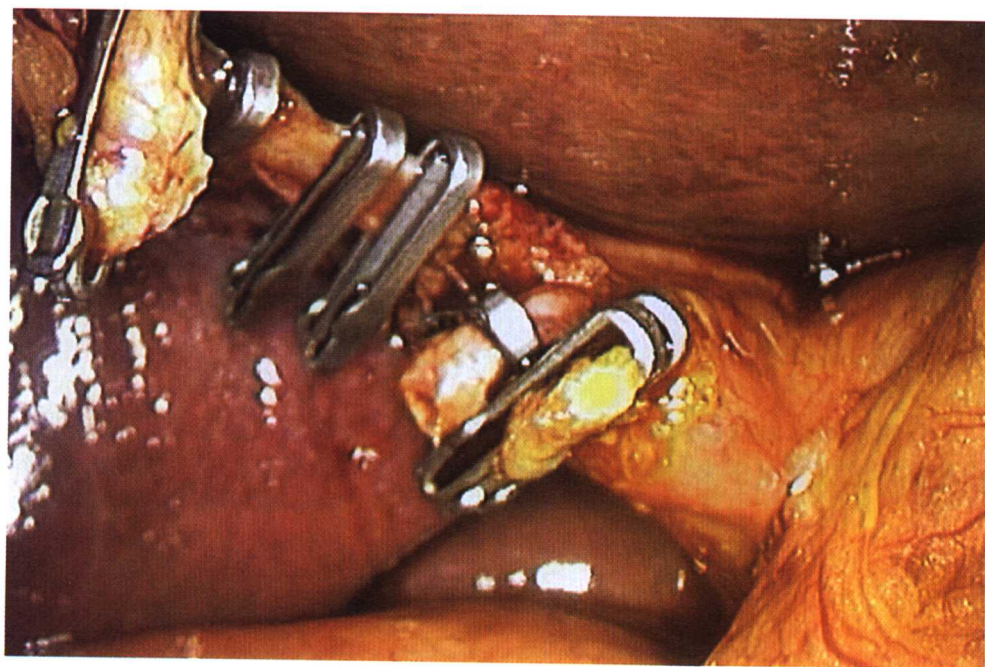


图 1.12 横断前夹闭胆囊动脉