

<<普通外科腹腔镜手术操作规范与指南>>

图书基本信息

书名：<<普通外科腹腔镜手术操作规范与指南>>

13位ISBN编号：9787117113755

10位ISBN编号：7117113758

出版时间：2009-5

出版时间：人民卫生出版社

作者：郑民华 主编

页数：92

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

前言

自1987年法国医生Mourct施行世界首例腹腔镜胆囊切除术后，腹腔镜手术技术在外科各个领域得到了迅猛发展，奠定了微创技术在外科发展中的重要地位。

我国的腹腔镜外科起步较早，发展较快，但亦存在着发展不平衡、重数量轻质量、重实践轻培训、重创新轻规范等问题。

经过二十余年的发展，客观上我们需要在腹腔镜的手术指征、手术操作技术、围术期处理等方面有一个规范，主观上我们亦需要有一个指南来指导、规范和保护我们的临床实践。

为此，中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组在外科学分会主任委员赵玉沛教授的指导下，在全体委员及相关兄弟学组的支持下，借鉴国外同行的经验，编写了这本腹腔镜外科手术操作指南。

指南基本涵盖了目前腹腔镜手术开展得较为广泛、成熟的各个领域，汇聚了我国腹腔镜外科的经验精华及深刻体会，对于指导我们的临床操作、缩短学习曲线将起到重要作用。

由于腹腔镜手术技术发展迅猛，手术技术不断完善，手术器械不断推陈出新，该指南亦将作不定期的修订、补充和完善，以使我国的腹腔镜外科事业得以健康发展。

<<普通外科腹腔镜手术操作规范与指南>>

内容概要

本指南基本涵盖了目前腹腔镜手术开展得较为广泛、成熟的各个领域，汇聚了我国腹腔镜外科的经验精华及深刻体会，旨在指导、规范和保护所有腹腔镜医生的临床实践活动，亦将对缩短学习曲线起到重要作用。

本指南将作不定期的修订、补充和完善，以使我国的腹腔镜外科事业得以健康的发展。

书籍目录

第一章 腹腔镜手术的设备与器械第二章 腹腔镜外科基本技术介绍第三章 腹腔镜手术麻醉常规指南第四章 诊断性腹腔镜术常规第五章 腹腔镜胆囊切除手术操作指南第六章 腹腔镜胃恶性肿瘤手术操作指南第七章 腹腔镜结肠直肠癌根治手术操作指南第八章 腹腔镜阑尾切除手术操作指南第九章 腹腔镜肝脏外科手术操作指南 第一节 腹腔镜肝囊肿手术 第二节 腹腔镜肝脓肿引流手术 第三节 腹腔镜肝脏肿瘤切除手术 第四节 腹腔镜肝动脉结扎术第十章 腹腔镜腹股沟疝修补术操作指南第十一章 内镜甲状腺手术操作指南第十二章 中国肥胖病外科指南

章节摘录

插图：首先在做皮肤切口时应注意避免过深，损伤深部细小血管；在进套管锥时也会引起血管损伤。对于戳孔出血，可适当倾斜套管压迫出血点，若压迫无法止血可在出血点附近注射肾上腺素，若出血较多需要拔去套管减压后行缝扎止血，再于直视下小心置入套管。

2.钝性分离胆囊或肝脏上的粘连时伤及大网膜上的血管分离时应拉开胆囊使用电凝锐性仔细分离粘连，分离时尽量靠近胆囊一侧。

3.Calot三角出血细致准确地分离三角区域并正确辨认胆囊动脉夹闭血管是操作的关键，上钛夹时应认清远端有无误夹其他胆道及血管，一旦出血，经验丰富的医师可迅速夹住血管断端，并及时用电凝止血；若在术野被出血浸没之前仍没有找到出血点，可先松开牵引着的胆囊，轻轻压迫出血点缓解出血，防止手术野模糊，或直接大把夹住胆囊蒂，随即立即用吸引器吸尽术野中的积血，辨认出血血管并用钛夹夹闭。

4.胆囊筋膜出血应立即停止剥离胆囊，以免出血继续影响手术野，由助手适当牵引胆囊，术者用吸引器清理出血位置同时用电钩电灼出血位置，一般均可止住。

5.胆囊床及肝脏出血分离胆囊时应尽量靠近胆囊一侧，用电钩背面较钝一侧分离，若胆囊炎症粘连明显，可保留适当肝脏面胆囊壁并电灼破坏粘膜。

一旦发生肝脏面出血，如只有一点时，则将电灼调到最大，用非接触方式，火花电灼出血点，一般均可止住，如二次尝试尚有持续出血，则切记不要再盲目止血，而应该放入纱布压迫止血，一般要压迫5分钟以上，出血停止后，将吸收性明胶海绵或可吸收止血纱布置入胆囊床，并外覆纱布再次压迫，直至无出血后放置引流管即可。

（四）胆囊破裂一般发生于急性胆囊炎剥离胆囊时，若胆囊扩张或炎性反应明显，应事先行胆囊穿刺减压，牵拉胆囊时维持一定张力即可，电灼分离相对危险区域时采用点触法，轻轻切开表面粘连组织即可，依靠张力分离胆囊。

一旦产生破裂应照前文所述立即采取相应措施处理。

五、如何选择适当病例及把握恰当中转开腹时机随着腹腔镜技术和设备的不断更新，以及医师经验的不断累积，越来越多本来认为不适合行腹腔镜治疗的病例被成功地予以实施，主要还是取决于操作医师的技术水平。

例如对于初学者而言，萎缩性胆囊、胆囊结石嵌顿、反复发作的胆囊炎等病例就属于手术的禁忌证；而对于具有相当经验、技术娴熟的医师而言，有多次上腹部手术史或者Mirizzi综合征这些对于大多数医师而言是禁忌证的患者亦可行LC术，关键在于手术的安全性及对于复杂情况和不可预知风险的处理能力。

因此，相比较相对禁忌证而言，术者更应该确定何时应继续行腹腔镜手术或者应中转开腹。

虽然现在腹腔镜技术以及设备已经有了相当的发展，但是仍有部分手术采用相对腹腔镜术式更为安全的传统开腹，这就需要手术医生的临床判断能力，在合适的时机中转开腹也是相当重要的，一味的强行腹腔镜手术是不可取的。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>