

本文引用: 彭真艳. 腹腔镜逆行胆囊切除术和次全胆囊切除术治疗复杂性胆囊结石疗效比较[J]. 新乡医学院学报 2014, 31(2): 139-141.

【临床研究】

腹腔镜逆行胆囊切除术和次全胆囊切除术治疗复杂性胆囊结石疗效比较

彭真艳

(麻城市人民医院普外科, 湖北 麻城 438300)

摘要: 目的 比较腹腔镜逆行胆囊切除术与次全胆囊切除术治疗复杂性胆囊结石的效果。方法 选择复杂性胆囊结石患者75例, 分别行腹腔镜逆行胆囊切除术(A组, 37例)与次全胆囊切除术(B组, 38例); 比较2组患者手术指标及术后康复情况。结果 B组患者手术时间(86.47 ± 17.95 min)、术中出血量(82.58 ± 34.84 mL)、术中补液量(786.57 ± 128.65 mL)显著低于A组的(103.72 ± 22.56 min)、(108.23 ± 41.46 mL)和(975.68 ± 151.36 mL), 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组患者中转开腹率、术后体温、腹腔引流量、术后通气时间及住院时间比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者均无明显并发症发生。结论 腹腔镜逆行胆囊切除术与次全胆囊切除术疗效相当, 但后者操作简便, 手术时间短, 对于耐受性差的患者更为适合。

关键词: 腹腔镜; 胆囊切除术; 复杂胆囊结石

中图分类号: R657.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-7239(2014)02-0139-03

A comparative study on laparoscopic retrograde cholecystectomy and subtotal cholecystectomy in treatment of patients with complicated gallstone

PENG Zhen-yan

(Department of General Surgery, the People's Hospital of Macheng City, Macheng 438300, Hubei Province, China)

Abstract: **Objective** To compare the therapeutic effect of laparoscopic retrograde cholecystectomy and subtotal cholecystectomy in the treatment of patients with complicated gallstone. **Methods** Seventy-five patients with complicated gallstone were selected and divided into group A and B. Patients in group A ($n = 37$) underwent laparoscopic retrograde cholecystectomy and patients in group B ($n = 38$) underwent laparoscopic subtotal cholecystectomy. The operation-related indexes and postoperative recovery condition of patients in the two groups were compared. **Results** The operation time, intraoperative blood loss and volume of fluid infusion of patients in group B were (86.47 ± 17.95) min, (82.58 ± 34.84) mL and (786.57 ± 128.65) mL respectively, which in group A were (103.72 ± 22.56) min, (108.23 ± 41.46) mL and (975.68 ± 151.36) mL respectively; the operation time, intraoperative blood loss and volume of fluid infusion of patients in group B were significantly less than those in group A ($P < 0.05$). There was no significant difference in conversion rate of open surgery, body temperature on the first and the second day after operation, peritoneal drainage volume, postoperative ventilation time and hospital stay time between the two groups ($P > 0.05$). No obviously complications occurred in the two groups. **Conclusions** The laparoscopic retrograde cholecystectomy and subtotal cholecystectomy have a similar therapeutic effectiveness. But laparoscopic subtotal cholecystectomy is easier operation, shorter operative time and less blood loss, so it is more appropriate for patients with poor tolerance.

Key words: laparoscope; cholecystectomy; complicated gallstone

胆囊结石在西方国家和我国的发病率分别为20%和10%^[1]。胆汁淤积、细菌感染、胆汁化学成分改变等均是导致其发病的因素^[2]。腹腔镜手术是治疗胆囊结石的重要手段,但是部分病情较为复

杂的胆囊结石,如胆囊出现水肿、萎缩,或胆囊三角区因炎症造成组织粘连,手术中难以分清不同的解剖结构,不仅增加了手术操作的难度,而且容易造成胆管及血管损伤。对于这类复杂性胆囊结石,为了达到满意的治疗效果,需在慎重评估患者具体情况的基础上,选择最适当的术式进行治疗。当前,复杂性胆囊结石的临床常用术式有逆行胆囊切除术与次全切除术,本研究比较了这2种手术方式治疗复杂

DOI: 10.7683/xyxyxb.2014.02.019

收稿日期: 2013-10-31

作者简介: 彭真艳(1975-),男,湖北麻城人,学士,主治医师,研究方向: 普外肝胆胃肠。

性胆囊结石的治疗效果及优缺点,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010年1月至2012年12月麻城市人民医院收治复杂性胆囊结石患者75例,均在过度劳累、过度饱食或进食油腻的情况下发病,临床表现为恶心、呕吐、发热、寒战、上腹肌紧张、疼痛症状,经B超、CT、磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)确诊为胆总管扩张、胆总管结石,同时伴发胆囊水肿、萎缩、胆囊纤维化或胆囊三角粘连、瘢痕化,胆囊前后三角区的腹部之间界限模糊。入选患者分为2组,A组37例,男21例,女16例;年龄18~67岁,平均(46.57±7.35)岁;病程1~10a,平均(6.41±3.44)a;合并有高血压7例,慢性支气管炎3例,糖尿病3例。B组38例,男24例,女14例;年龄19~65岁,平均(45.26±8.47)岁;病程1~11a,平均(6.89±4.74)a;合并有高血压5例,糖尿病4例,肺气肿及支气管炎3例。2组患者性别、年龄、病程等方面比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 A组患者行腹腔镜逆行胆囊切除术。患者全身麻醉,仰卧位;采用常规4孔法实施手术,置入腹腔镜探头,探查胆囊周围病理组织。给予胆囊穿刺减压,沿浆膜下使用电钩紧贴胆囊剥离至Calot三角区,改用钝性分离法,确定胆囊动脉后电钩灼凝,追踪至胆总管,圈套器套扎,将胆囊管切断,移除胆囊;放置引流管1根,自腋前线戳孔引出。

B组患者行腹腔镜次全胆囊切除术。体位和麻醉方法与A组相同。常规4孔法施术,分离胆囊表面与其他胃肠组织的粘连,钝性剥离确定胆囊与胆囊管结合处;电钩切开胆囊底部,吸除胆汁;从底部逆行切除胆囊,保留胆囊后壁黏膜,电凝烧灼胆囊黏

表1 2组患者术后康复情况比较

Tab.1 Comparison of the postoperative rehabilitation between the two groups

($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体温/℃		腹腔引流量/(mL·d ⁻¹)	术后通气时间/h	住院时间/d
		术后1d	术后2d			
A组	36	37.25±0.49	36.89±0.37	105.24±21.09	24.69±3.42	5.28±1.41
B组	37	37.32±0.51	36.74±0.38	102.31±20.68	23.77±3.35	5.63±1.54
t		0.467	0.355	0.895	0.648	0.472
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

近年来,随着腹腔镜技术水平的提高和临床实践的增加,腹腔镜胆囊切除手术的适应证也不断扩

展。目前腹腔镜手术可治疗急慢性胆囊炎及部分Mirizzi综合征^[3]。腹腔镜胆囊切除术因具有操作简便、损伤小等优点,已在实践中大量应用^[4-7],成为治疗良性胆囊疾病的首选术式。腹腔镜逆行胆囊切除

膜;游离、套扎、切断近壶腹部胆囊管;三角区解剖结构粘连无法分清者,在黏膜面将胆囊管内口缝合;胆囊颈部嵌顿结石者先行取石;完成后生理盐水冲洗术野,止血,常规放置腹腔引流管。

1.3 观察指标 比较2组患者结石清除成功率、中转开腹率、手术时间、术中出血量、术中补液量、术后体温、腹腔引流量、通气时间、住院时间及并发症情况。

1.4 统计学处理 应用SPSS 19.0软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2组间比较采用成组t检验;计数资料比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 结石清除情况 A组患者手术成功36例,B组手术成功37例,2组各有1例中转开腹,中转开腹率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2组成功进行手术的患者术后T管造影均显示结石完全清除,胆囊邻近组织器官未见损伤,2组结石清除成功率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 手术指标比较 A组患者手术时间为(103.72±22.56)min,术中出血量为(108.23±41.46)mL,术中补液量为(975.68±151.36)mL;B组患者手术时间为(86.47±17.95)min,术中出血量为(82.58±34.84)mL,术中补液量为(786.57±128.65)mL。B组患者各指标均低于A组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 术后康复情况 结果见表1。2组患者术后体温、腹腔引流量、术后通气时间及住院时间比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。2组患者均无明显并发症发生。

展。目前腹腔镜手术可治疗急慢性胆囊炎及部分Mirizzi综合征^[3]。腹腔镜胆囊切除术因具有操作简便、损伤小等优点,已在实践中大量应用^[4-7],成为治疗良性胆囊疾病的首选术式。腹腔镜逆行胆囊切除

术与次全切除术是2种常用的腹腔镜胆囊切除术术式,二者均具有预防损伤较复杂的解剖区域,有效降低中转开腹率及术后并发症的优势,在临床应用中又各有特点。腹腔镜逆行全胆囊切除术以解剖结构清晰的胆囊底端为起点,逆向向胆囊颈端推进,借助胆囊底端与其他胆囊部位的自然结构联系,进行手术分离,能够有效预防胆总管损伤。但是,对于胆囊出现瘢痕化的患者,由于胆囊壁结构粘连,层次模糊,分离胆囊壁时难以把握恰当的深度,导致分离时间延长,缺乏经验者还可能不慎损伤邻近的肝总管、右肝管等重要脏器组织。此外,这种手术操作对胆囊造成挤压,可能引发继发性胆总管结石^[8]。因此,手术时应减轻挤压胆囊,同时胆囊颈端应与胆总管保持适当角度,预防结石脱落之后进入胆总管。

相比之下,腹腔镜次全胆囊切除术的优点是操作简便,只需切除胆囊前壁,保留了胆囊后壁,从而避免对胆囊壁进行分离时出血过多及损伤周围组织,特别是对于胆囊壁层次不清的患者,这种优势更加突出。另外,次全切除术对三角区的处理相对灵活,可以根据具体情况,选择在近壶腹部切断胆总管,或者在黏膜面将胆总管口缝合。但手术中要切开胆囊,可能会导致结石落入腹腔中,因此,最重要的是采取有效措施预防结石散落,同时要充分冲洗术野。由于先切开胆囊取出结石,这种术式可避免结石滑向胆总管导致的并发症。

本研究结果显示,2种术式的手术成功率及术后恢复情况差异均无统计学意义,术后体温变化规律和康复时间相差不大,表明2种术式疗效相当,但胆囊次全切除术的手术时间、术中出血量与术中补液量均显著低于逆行全胆囊切除术。次全胆囊切除术需要冲洗术野,但手术时间仍短于全切术,原因是次全胆囊切除术避免逐步分离解剖关系不清或粘连的胆囊壁、三角区;由于手术时间短,避免对周围肝床和胆管的损伤,因此术中出血及补液量也较少;这有助于提高手术的安全性,对耐受能力较差的患者尤其有利^[9]。

值得一提的是,应用这2种术式均须注意适应证的选择,对于可疑恶性患者,术中应行活组织检查,确定为恶性马上中转根治手术;对于胆囊萎缩、结石嵌顿、Mirizzi综合征等病例,如果操作困难应及

时中转开腹^[10]。另外,术后应注意观察引流液的颜色和量,根据情况调整抗生素治疗,对合并肝硬化患者可泵入生长抑素,减少术后创面感染^[11-12]。

综上所述,腹腔镜逆行与次全胆囊切除术治疗复杂胆囊疗效相当,但后者操作简便,损伤小,对于手术耐受能力差的患者更为适合。

参考文献:

- [1] 苟林. 胆囊结石成因及其相关关系研究的现代进展[J]. 中国保健营养: 下旬刊, 2013, 23(3): 1555.
- [2] Ruhl C E, Everhar J E. Gallstone disease is associated with increased mortality in the United States[J]. *Gastroenterology* 2011, 140(2): 508-516.
- [3] Tian Y, Wu S D, Su Y *et al.* Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in northern China[J]. *Surg Today* 2009, 39(6): 510-513.
- [4] Agarwal A, Batra R K, Chhabra A *et al.* The evaluation of efficacy and safety of paravertebral block for perioperative analgesia in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy[J]. *Saudi J Anaesth* 2012, 6(4): 344-349.
- [5] 朱代良. 腹腔镜下危险胆囊切除107例的评估和对策[J]. 河北医学, 2012, 18(5): 620-622.
- [6] 李飞. 腹腔镜联合内镜序贯性治疗与传统开腹手术治疗老年糖尿病患者胆囊结石并发胆总管结石疗效比较[J]. 新乡医学院学报, 2013, 30(6): 458-460.
- [7] 程新豹. 腹腔镜联合胆道镜在胆囊结石合并胆总管结石中的应用[J]. 新乡医学院学报, 2012, 29(8): 606-607.
- [8] Tuveri M, Calò P G, Medas F *et al.* Limits and advantages of fundus-first laparoscopic cholecystectomy: lessons learned[J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008, 18(1): 69-75.
- [9] 赖俊谕, 陈川, 姚健. 腹腔镜胆囊大部分切除在复杂胆囊结石手术中的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(15): 1871-1872.
- [10] 王崇高, 蔡永东, 胡昇庠, 等. 复杂性胆囊结石腹腔镜治疗体会[J]. 中国现代手术学杂志, 2012, 16(4): 253-255.
- [11] Bessa S S, Abdel-Razek A H, Sharaan M A *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotics: a prospective randomized study comparing the conventional diathermy and the harmonic scalpel for gallbladder dissection[J]. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2011, 21(1): 1-5.
- [12] Barmparas G, Branco B C, Schnitriger B *et al.* The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction[J]. *J Gastrointest Surg* 2010, 14(10): 1619-1628.

(本文编辑: 孟月 英文编辑: 孟月)