

腹腔镜与开腹手术治疗胆道结石临床疗效分析

韦启鹏(广东省深圳市光明新区人民医院 518106)

【摘要】 目的 比较腹腔镜手术治疗胆道结石与开腹手术治疗胆道结石的临床效果。**方法** 将深圳市光明新区人民医院收治的 120 例胆道结石患者,随机分为对照组和观察组,对照组采用开腹手术治疗,观察组采用腹腔镜手术治疗。分析两组手术情况、治疗效果及并发症发生情况。**结果** 观察组总有效率(91.7%)显著高于对照组(75.0%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术中出血量、术后肠排气时间、住院时间、镇痛药物使用情况均显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组与对照组手术时间、拔 T 管时间差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组与对照组并发症发生情况差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 采用腹腔镜手术治疗胆道结石疗效优于开腹手术治疗,值得临床推广应用。

【关键词】 腹腔镜; 开腹; 胆道结石; 手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.20.024 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)20-2688-02

Curative effect of laparoscopic and open surgery in biliary calculi WEI Qi-peng (People's Hospital of Guangming, Shengzhen, Guangdong 518106, China)

【Abstract】 Objective To study the clinical effect of laparoscopic surgery and open operation in treatment of biliary calculi. **Methods** A total of 120 cases of biliary calculi patients were randomly divided into control group, receiving open surgery, and observation group, receiving laparoscopic surgery treatment. Operation time, intraoperative amount of bleeding, length of hospital stay, bowel evacuation time, complications and so on were compared between the two groups. **Results** Total effective rate of observation group was significantly higher than control group ($P < 0.05$). Intraoperative amount of bleeding, postoperative bowel evacuation time, length of hospital stay and analgesic drug usage in observation group were significantly superior to control group ($P < 0.05$). Operation time, drawing T tube time and incidence of complications were not statistically different between the two group ($P > 0.05$). **Conclusion** Laparoscopic surgery might be superior to open surgery for the treatment of biliary calculi.

【Key words】 laparoscope; open surgery; biliary calculi; surgery

胆道结石为多种因素共同作用形成,其中胆固醇代谢失调及胆汁淤积为结石形成的主要原因^[1]。临床多采用手术治疗,随着微创技术在临床的广泛使用,腹腔镜下胆道取石术已成为治疗胆道结石最常用的手术方式之一^[2]。但腹腔镜下治疗胆道结石的安全性及可靠性目前尚存争议^[3]。本研究对本院 2005~2011 年收治的 120 例胆道结石患者,分别采用腹腔镜与开腹手术治疗进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组胆道结石患者 120 例,男 74 例,女 46 例;年龄 25~78 岁,平均(53.2±6.4)岁,患者均有右上腹痛,发热、寒颤、黄疸史、胆管病史等,经 CT、B 超、MRL、ERCP 确诊为单纯性胆道结石 33 例,合并有胆囊结石 17 例,复发性胆道结石 10 例。术前均排除重要脏器病变。随机分为对照组和观察组,每组各 60 例,对照组男 37 例,女 23 例,年龄 22~76 岁,平均(52.6±6.3)岁;观察组男 37 例,女 23 例,年龄 26~79 岁,平均(53.8±6.8)岁;两组患者性别、年龄、病情等一般情况经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断方法 参考 Sun 等^[4]的相关标准进行,即:根据患者有右肋隐痛史,有胆绞痛史或黄疸史,查体可见上腹部压痛,反跳痛(+),墨菲征(+),波阿征阳性,可触及肿大的胆囊。实验室辅助检查 B 超提示强光团并有声影,胆囊造影可见胆囊内有充盈缺损,发现胆囊内密度增高影即可诊断。

1.3 治疗方法 对照组采用开腹手术治疗^[5]。气管内插管全身麻醉,取患者仰卧位,常规消毒、铺巾,于距腹正中中线 2 cm,右肋缘下 1.5 cm 处做一长约 3~4 cm 斜向下切口,依次切口皮肤、皮下组织及腹直肌前鞘,入腹后切开胆总管上段,纤维胆

道镜探查取石,放置 T 管缝合固定,检查 T 管无渗漏。合并胆囊结石患者,分离胆囊三角后切除胆囊。常规放置腹腔引流,逐层关闭缝合。观察组采用腹腔镜手术治疗,采用“四孔法”进行穿刺^[6]。气管内插管全身麻醉,常规消毒、铺巾,取患者脚高左倾位,需切除胆囊患者解剖胆囊管及胆囊动脉,用钛夹夹闭,然后逆行游离胆囊,将胆囊底钳夹后顶向肝面以暴露胆总管,仔细检查胆总管走形后进行试穿刺。于脐下 5 mm 处插入气腹针造气腹孔,使压力在 8~12 mm Hg。然后置入腹腔镜及穿刺针。分别于剑突下,右锁骨中线肋缘、右腋前线肋缘下置入 10.5、5 mm 的穿刺针。再用超声刀分离胆囊周围粘连,暴露胆囊三角并进行解剖。同时夹闭胆囊动脉,游离胆囊管并进行解剖至显露胆总管入口。于近胆囊颈处用钛夹夹闭,横行做一胆囊管周径 1/2 的切口切开胆囊管壁,扩张胆囊管,分离钳探查胆囊管情况后,将纤维胆道镜由剑突下穿刺孔从胆总管插入,依次探查胆道结石并在胆道镜直视下取净结石,确认结石无残留后冲洗胆道,常规 T 管引流,缝扎切口。两组术后均给予抗生素预防感染治疗,阿芬太尼镇痛,定期对患者肝功能镜下复查。观察两组在手术期间所用的时间、术中出血量、胃肠道恢复时间、感染情况和住院时间等。

1.4 疗效标准 参考 Amir 等^[7]的相关标准进行,略有改动。经治疗后,患者临床症状及体征消失,胆道造影及 B 超提示胆道内无结石为显效;经治疗后,患者临床症状及体征基本消失或减轻,胆道造影及 B 超仍可见结石为有效;经治疗后患者临床症状及体征未见明显改善,胆道造影及 B 超与治疗前无差异为无效。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行,计数资料

采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 观察组与对照组治疗效果比较 对照组显效 20 例, 有效 25 例, 无效 15 例, 总有效率 75.0%。观察组显效 35 例, 有效 20 例, 无效 5 例, 总有效率 91.7%。观察组总有效率显著高于

对照组, 差异有统计学意义($\chi^2=8.61, P<0.05$)。

2.2 对照组和观察组术后情况比较 观察组术中出血量、术后肠排气时间、住院时间、镇痛药物使用情况均显著优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组与对照组手术时间、拔 T 管时间差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组术中及术后情况比较

组别	手术时间(min)	出血量(mL)	排便时间(h)	住院时间(d)	T 管拔除时间(h)	镇痛药(mg/h)
对照组	120±12	98.5±6.8	23.5±4.9	16.3±2.3	30.5±2.4	21
观察组	125±11	40.3±4.1	8.7±2.5	5.2±1.2	29.5±1.8	3
t/χ^2	1.35	40.31	18.65	23.12	0.89	7.53
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 观察组与对照组并发症发生情况比较 对照组术后发生胆漏 3 例, 术后伤口感染 4 例。观察组术后发生胆漏 2 例, 术后伤口感染 2 例。均经保守治疗后治愈。两组患者均未见胆道狭窄、腹腔感染、胆道出血等并发症出现。两组患者均获得随访, 随访时间 3~24 个月, 随访期间未见腹痛、黄疸、发热等症状出现。胆道造影及胆道镜检查均未见残余结石。两组并发症发生情况经统计学分析, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

近年来, 随着腹腔镜技术的不断发展, 腹腔镜治疗胆道结石已逐渐被大多数学者接受, 但对其有效率及安全性的报道不一^[8]。

虽然腹腔镜治疗胆道结石具有微创的优点, 但同时也存在对施术者要求高, 不适用于病情复杂的胆道结石患者等弊端, 因此在临床应用时应严格掌握适应证^[9]。对于胆总管结石、胆囊结石及肝内胆管结石, 无肝门部胆管狭窄, 无十二指肠乳头开口狭窄的患者宜采用腹腔镜手术治疗。对于有多次腹腔手术史, 合并高位胆管狭窄畸形, 腹腔粘连严重等患者, 宜行开腹手术治疗^[10]。

腹腔镜手术具有以下优点: (1) 腹腔镜手术对患者创伤小, 利于患者恢复^[11]。腹腔镜由于采用微创技术, 术中出血量显著少于开腹手术组, 考虑可能原因为: 腹腔镜手术开口小, 避免了异物的刺激, 减少术中对组织的牵拉、翻动, 从而减少术中出血量。(2) 腹腔镜手术开口小, 减少术后切口感染的概率^[12]。腹腔镜开口小, 患者恢复快, 也在一定程度上缩短了患者的住院时间, 减少了患者的经济负担。显著减少了患者术后使用镇痛药的情况, 避免了使用镇痛药引起的不良反应的发生^[13]。

综上所述, 腹腔镜手术治疗胆道结石疗效优于开腹手术治疗, 术中及术后情况均显著优于开腹手术治疗, 并发症少, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] Wei S. The clinical application of the hard gallbladder endoscope combined with soft choledochoscope in the surgery of laparoscopic microscopic trauma for the removal of calculi and preservation of gallbladder[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2013, 23(2): 106-108.

[2] Hao G, Xiao J, Yang P, et al. Laparoscopic retroperitoneal dismembered pyeloplasty: single-center experience in China[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2013, 23(1): 38-41.

[3] Ahangar S, Durrani AM, Qadri SJ, et al. Laparoscopic trans-

peritoneal pyelolithotomy in a pelvic kidney[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2012, 23(6): 1254-1257.

[4] Sun L, Peng FL. Treatment of ipsilateral renal ureteral calculi by combining retroperitoneal laparoscopic surgery with tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy[J]. Urol Int, 2013, 90(2): 139-143.

[5] Ivanov I, Beuran M, Venter MD, et al. Gallstone ileus after laparoscopic cholecystectomy[J]. J Med Life, 2012, 5(3): 335-341.

[6] Shapey IM, Jaunoo SS, Arachchilage KM, et al. Biliary tract imaging for retained calculi after laparoscopic cholecystectomy: is risk stratification useful[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2012, 22(5): 459-462.

[7] Amir O, Bitterman A, Eden A. Laparoscopic cholecystectomy in a left ventricular assist device-supported patient[J]. Isr Med Assoc J, 2012, 14(8): 525-526.

[8] Abdelaziz Hassan AM, Elsebae MM, Nasr MM, et al. Single institution experience of single incision trans-umbilical laparoscopic cholecystectomy using conventional laparoscopic instruments[J]. Int J Surg, 2012, 10(9): 514-517.

[9] Avsar AF, Keskin HL, Catma T, et al. A large primary vaginal calculus in a Woman with paraplegia[J]. J Low Genit Tract Dis, 2013, 17(1): 61-65.

[10] Deshmukh SD, Gulati HK, Gaopande V, et al. Incidental cystic endocrine tumor of the pancreas: a case report with immunohistochemical study[J]. J Cancer Res Ther, 2012, 8(2): 289-291.

[11] Ceban E. The treatment of the reno-ureteral calculi by extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) [J]. J Med Life, 2012, 5(2): 133-138.

[12] Gorospe L. Intraoperative spilled gallstones presenting as fever of unknown origin after laparoscopic cholecystectomy: FDG PET/CT findings[J]. Clin Nucl Med, 2012, 37(8): 819-820.

[13] Kayashima H, Ikegami T, Ueo H, et al. Inflammatory pseudotumor of the liver in association with spilled gallstones 3 years after laparoscopic cholecystectomy: report of a case[J]. Asian J Endosc Surg, 2011, 4(4): 181-184.