

腹腔镜胆囊切除术治疗急性化脓性胆囊炎 胆囊结石的临床分析及安全性评价

郭福超(辽宁省大连市金州区第一人民医院普外一科 116100)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗急性化脓性胆囊炎(ASC)、胆囊结石(CCS)的疗效以及安全性。方法 统计分析大连市金州区第一人民医院 2012 年 6 月至 2013 年 6 月确诊为 ASC、CCS 的 106 例患者,按照治疗过程中所采用的手术方式将其分为观察组和对照组。观察组采用腹腔镜胆囊切除术(LC),对照组采用开腹胆囊切除术(OC),观察对比两组患者手术疗效以及安全性,手术疗效主要从手术时间、住院时间、出血量以及进食恢复时间等方面考虑;安全性主要观察术后患者并发症发生情况、病死率以及复发率等方面。结果 观察组手术时间为(52.2±6.5)min,住院时间为(4.5±1.0)d、恢复进食时间为(27.8±6.3)h、出血量为(65.9±9.3)mL,均明显低于对照组的(75.3±8.4)min、(6.5±1.5)d、(41.5±5.7)h、(125.3±15.2)mL。观察组并发症总发生率为 3.77%(2/53),明显低于对照组的 16.98%(9/53),差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组均未见复发以及死亡病例。结论 LC 在治疗 ASC、CCS 上具有较好的临床疗效及安全性,值得临床推荐。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术; 急性化脓性胆囊炎; 胆囊结石

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)05-0660-02

现代外科快速发展,对临床手术的要求趋于高、精、尖,微创手术也越来越受到重视。随着腹腔镜技术的发展,对急性化脓性胆囊炎(ASC)、胆囊结石(CCS)患者行腹腔镜胆囊切除术(LC)已经逐步成为胆囊切除公认的标准术式^[1-3],其主要优点为手术切口小、术后恢复快,被广大医生以及家属所接受。LC 可以为医生操作提供良好的视野条件^[4],能保证胆管正常功能以及完整性,但该方法可能会使患者出现并发症。因此对该手术进行疗效以及安全评估显得尤为重要,本文选取本院 2012 年 6 月至 2013 年 6 月行 LC 及开腹胆囊切除术(OC)的患者进行对比分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 6 月至 2013 年 6 月确诊为 ASC、CCS 的 106 例患者,按照治疗过程中所采用的手术方式将其分为观察组和对照组。观察组男 30 例,女 23 例;患者年龄 21~70 岁,平均(46.1±7.5)岁;病程(0.5±7.5)d;既往有 CCS 病史 38 例。对照组男 29 例,女 24 例;患者年龄 23~69 岁,平均(45.9±7.3)岁;病程(1±7)d;既往有 CCS 病史 37 例。两组患者在性别、年龄以及病程、病史等各方面资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法 观察组采用 LC,对照组采用 OC。(1)术前准备:两组术前均做好 B 超及肝肾功能、凝血功能、心电图检查;术前 12 h 禁食,6 h 禁饮;术前用抗生素,不置置胃管;麻醉方式均采取静脉全身麻醉。(2)手术操作:对照组采用 OC,经患者右腹直肌处切口开腹进行胆囊切除,手术切口长度为 10~12 cm。观察组采用 LC,具体操作如下:于脐下(或者脐上)10

mm 处进行切口,建立好 CO₂ 气腹;患者采取头高脚低、左侧倾斜体位;术中行胆囊分离时需采取钝性分离和电凝止血相结合,将胆囊动脉切断后使用剥离钩将胆囊剥离,于剑突下切口处将胆囊取出,术后放置好引流管。

1.3 观察指标 观察对比两组患者手术疗效以及安全性。手术疗效主要从手术时间、住院时间、出血量以及恢复进食时间等方面考虑;安全性主要观察术后患者并发症发生情况、病死率以及复发率等方面。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不同治疗术式疗效对比 观察组手术时间为(52.2±6.5)min、住院时间为(4.5±1.0)d、进食恢复时间为(27.8±6.3)h、出血量为(65.9±9.3)mL,均明显低于对照组的(75.3±8.4)min、(6.5±1.5)d、(41.5±5.7)h、(125.3±15.2)mL,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 不同治疗术式疗效对比($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	住院时间 (d)	进食恢复时间 (h)	出血量 (mL)
观察组	53	52.2±6.5	4.5±1.0	27.8±6.3	65.9±9.3
对照组	53	75.3±8.4	6.5±1.5	41.5±5.7	125.3±15.2
<i>t</i>		15.833	8.077	11.740	24.268
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 不同治疗术式安全性比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	胆管损伤	出血	胆瘘	切口感染	结石残留	并发症总发生率	复发	病死
观察组	53	0(0.00)	0(0.00)	1(1.89)	1(1.89)	0(0.00)	2(3.77)*	0(0.00)	0(0.00)
对照组	53	1(1.89)	1(1.89)	2(3.77)	4(7.55)	1(1.89)	9(16.98)	0(0.00)	0(0.00)
χ^2		1.010	1.010	0.343	1.889	1.010	4.970	—	—
<i>P</i>		0.315	0.315	0.558	0.169	0.315	0.026	—	—

注:—表示无数据。

2.2 两组不同治疗术式安全性比较 两组均未见复发以及死亡病例,观察组并发症的总发生率为 3.77%(2/53),明显低

于对照组的 16.98%(9/53), 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 详见表 2。

3 讨 论

传统 OC 由于针对性较差、伤口难以愈合、对患者造成的创伤大以及容易发生术后并发症等缺点, 导致患者痛苦增大以及术后恢复欠佳^[5-6]。随着外科领域技术的不断创新和发展, 微创手术已逐渐成为以后外科及其他科室共同发展的方向。与 OC 相比, LC 具有: (1) 手术损伤小、切口小, 对腹壁外观影响小, 符合人们的审美追求; (2) 手术效果好, 其愈后效果不亚于开放手术; (3) 并发症少; (4) 术后恢复快, 可有效缩短住院时间等优点^[7-8]。作者在本文中对比分析了两种不同手术方式的疗效, 发现观察组无论在手术时间、住院时间、进食恢复时间, 还是在出血量等方面均明显低于对照组, 其结果符合苏昀等^[7]的报道, 分析其原因可能是 LC 为微创手术, 其手术操作相对简单, 从而有效缩短了手术以及住院时间, 又因为其切口小, 从而缩短了术后恢复时间以及手术过程中的出血量, 不仅减少了患者的痛苦, 也减轻了患者家庭的经济负担。

既往研究表明, 传统 OC 容易出现并发症, 因此预防并发症的发生显得至关重要。为了减少并发症的发生, 首先需要掌握合适的时机进行手术, 一旦出现胆囊结石梗阻症状, 只要没有明显的禁忌证, 均应及早进行手术治疗, 可以在很大程度上避免并发症的发生^[9-10], 从而减少患者住院时间及治疗费用。本文研究显示观察组并发症发生率明显低于对照组, 观察组患者的切口感染发生率明显低于对照组, 该结果与余同辉等^[9]的报道相符。与传统的 OC 比较, LC 切口较小, 可大大缩短伤口愈合时间, 降低了感染概率, 在行 LC 时应先对胆囊进行扩张以便钳夹胆囊, 争取解剖出肝总管、胆囊管以及胆总管的结构^[11-12], 手术过程中应对胆囊周边粘连组织进行钝性分离, 认清胆囊壶腹部、颈管以及十二指肠肠韧带, 以提高手术疗效、减少并发症发生。此外, 由于 LC 视野暴露相对小, 手术过程中医生一定要耐心、细心, 熟练掌握手术技巧, 要熟悉胆道系统的解剖结构, 能够在镜下辨清其解剖变异, 以避免损伤胆管以及血管^[11], 务必严格掌握各种适应证, 谨记安全第一, 对于术中操作困难的患者应果断地转为开腹胆囊切除术^[13-14], 防止发生更为严重的并发症。

在临床应用过程中, 除了关注 LC 的优点之外, 还需对其适应证有全面的了解, 以期指导个体病患诊断和治疗方案的确定。在临床实践中, 因胆囊粘连、术中出血、肠胆管损伤等因素而被迫中转为开腹手术的案例屡见不鲜。作者结合临床实践及前期文献报道分析, 认为腹腔镜胆囊大部切除的适应证主要有: (1) 对于严重坏疽性胆囊炎, 可通过 LC 有效去除大部分病灶, 减少切口并发症; (2) 同时患有肝硬化、年老体弱的特殊患者; (3) 胆囊显露差, 与其他组织粘连不能分离的患者; (4) 肝内胆囊不易剥离患者^[15-17]。

综上所述, LC 治疗 ASC、CCS 具有损伤小、切口细微以及疗效好、并发症少等优势, 安全可行, 且住院时间相对更短, 在很大程度上减轻了患者的经济负担, 能更好地被患者以及家属所接受, 值得临床推广使用。

参考文献

[1] 张成, 安东均, 王羊. 内镜乳头气囊扩张联合腹腔镜胆囊切除术治疗肝外胆管结石 158 例报告[J]. 中国内镜杂

志, 2012, 18(8): 845-848.

[2] Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, et al. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results[J]. Surg Endosc, 2008, 22(1): 8-15.

[3] Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy; a National survey of 4, 292 hospitals and an analysis of 77 604 cases[J]. Am J Surg, 1993, 165(1): 9-14.

[4] 潘茂华. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石嵌顿 45 例[J]. 广西医学, 2010, 32(12): 1547-1548.

[5] 彭靖, 朱智辉, 向力, 等. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2010, 10(10): 1887-1889.

[6] 孙振发, 刘志国. 腹腔镜下胆囊切除术 84 例临床分析[J]. 辽宁医学院学报, 2012, 33(1): 45-46.

[7] 苏昀, 于新平, 李文科, 等. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎的临床体会(附 76 例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(10): 778-780.

[8] 周华. 腹腔镜胆囊切除术并发症的防治对策[J]. 医学信息: 下旬刊, 2013, 26(12): 604.

[9] 余同辉, 黄峻松, 黄奕江, 等. 腹腔镜胆囊切除术中胆囊动脉出血的预防及处理[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(12): 1082-1084.

[10] 胡志伟, 董宝珠. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎 123 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(10): 2399-2400.

[11] 杨柳生, 邵红艳, 孙登群, 等. 腹腔镜胆囊切除术并发症的临床分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(6): 492-494.

[12] 王俊兴, 马锦波. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊颈部结石嵌顿并急性化脓性胆囊炎疗效观察[J]. 山东医药, 2011, 51(38): 53-54.

[13] Marks JM, Phillips MS, Tacchino R, et al. Single-Incision laparoscopic cholecystectomy is associated with improved cosmesis scoring at the cost of significantly higher hernia rates: 1-Year results of a prospective randomized, multi-center, Single-Blinded trial of traditional multiport laparoscopic cholecystectomy vs Single-Incision laparoscopic cholecystectomy[J]. J Am Coll Surg, 2013, 216(6): 1037-1047.

[14] 王敬. 腹腔镜与小切口胆囊切除手术治疗胆囊结石的临床疗效分析[J]. 中国现代医生, 2013, 51(29): 137-138.

[15] 陈超波, 仇毓东, 顾盐炎, 等. 胆囊结石合并胆总管结石两种微创术式比较的 Meta 分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2013, 19(10): 752-757.

[16] 江宗兴, 汪涛, 蒋志伟, 等. 快速康复外科在 LC 联合 ER-CP 治疗胆囊结石合并胆总管结石中的应用[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2013, 20(8): 922-925.

[17] 叶锦寒, 卢门永, 卢新. 桃腹腔镜胆囊切除术患者手术前后肝外胆管直径变化及与胆囊收缩素 CCK 关系的临床研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(23): 432-433.