

胆囊切除术中胆囊床不同处理方式效果比较

李建东(四川省简阳市人民医院普外科 641400)

【摘要】 目的 观察胆囊切除术中对胆囊床采用不同处理方式的临床效果。**方法** 选择该院普外科 2009 年 3 月至 2013 年 3 月收治并实施开腹胆囊切除术患者 160 例,随机分为 A、B、C、D 组各 40 例,切除胆囊对胆囊床电凝止血处理后,A 组给予 S-100 吸收性止血绶覆盖胆囊床,B 组给予医学生物蛋白胶覆盖胆囊床,C 组给予胆囊床缝合,D 组未予胆囊床缝合,比较 4 个组患者术后 2、12 h 以及术后 1、2 d 时腹腔引流液平均量。**结果** A、B 组各时间点腹腔引流液平均量均低于 C、D 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。A、B 组以及 C、D 组之间相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** S-100 吸收性止血绶为最具优势的外科局部止血材料,止血效果与医用生物蛋白胶相似,能够预防创面渗血,促进组织愈合,且体内无残留,价格低廉,值得推广。

【关键词】 S-100 吸收性止血绶; 胆囊切除术; 胆囊床; 止血
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.09.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)09-1257-02

胆囊切除术为普外科常见手术,虽然腹腔镜技术不断发展,已在临床得到广泛应用,但仍有部分患者因具有腹腔镜手术禁忌证而接受开腹手术^[1]。开腹胆囊切除术中胆囊床的处理非常重要,如损伤血管发生意外出血,则可产生严重后果,因此术中预防胆囊床出血的处理方式对手术是否成功有重要影响^[2]。作者于 2009 年 3 月至 2013 年 3 月对接受开腹胆囊切除术患者 160 例实施不同的胆囊床处理措施,观察临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院普外科 2009 年 3 月至 2013 年 3 月收治并实施开腹胆囊切除术患者 160 例,男 89 例,女 71 例,年龄 28~71 岁,平均(51.3±6.7)岁;原发疾病:急性胆囊炎 71 例,慢性胆囊炎 65 例,胆囊息肉 14 例,化脓性胆囊炎 10 例;合并胆囊结石 36 例,胆总管结石 28 例;手术时间(60.3±11.2)min;排除术前存在凝血障碍性疾病患者,经实验室检查确定,所有患者肝肾功能正常,血液系统各项指标均正常。所有患者按入院顺序随机分为 A、B、C、D 组各 40 例。A 组:男 21 例,女 19 例,年龄 29~71 岁,平均(51.9±6.4)岁;原发疾病:急性胆囊炎 18 例,慢性胆囊炎 18 例,化脓性胆囊炎 4 例;合并胆囊结石 9 例,胆总管结石 7 例;手术时间(60.0±10.2)min。B 组:男 23 例,女 17 例,年龄 28~70 岁,平均(51.0±6.6)岁;原发疾病:急性胆囊炎 19 例,慢性胆囊炎 17 例,化脓性胆囊炎 4 例;合并胆囊结石 10 例,胆总管结石 7 例;手术时间(60.5±11.8)min。C 组:男 22 例,女 18 例,年龄 28~71 岁,平均(51.5±6.9)岁;原发疾病:急性胆囊炎 19 例,慢性胆囊炎 17 例,化脓性胆囊炎 4 例;合并胆囊结石 8 例,胆总管结石 7 例;手术时间(60.2±11.0)min。D 组:男 23 例,女 17 例,年龄 27~68 岁,平均(50.3±6.1)岁;原发疾病:急性胆囊炎 19 例,慢性胆囊炎 17 例,化脓性胆囊炎 3 例;合并胆囊结石 9 例,胆总管结石 7 例;手术时间(60.3±11.4)min。4 个组患者性别、年龄、疾病构成、病情、手术时间等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者麻醉成功后,取平卧位,常规消毒手术区域皮肤并铺洞巾,于右上腹经腹直肌做切口,逐层切开皮肤、皮下组织、腹直肌、腹膜等组织,进入腹腔,分析辨认胆囊及其周

围结构,充分暴露胆囊并施以切除。对于胆囊床的处理,A 组患者给予电凝止血,然后以 S-100 吸收性止血绶覆盖创面,再以干纱布覆盖加压约 2 min 后去除;B 组患者给予电凝止血,后以医用生物蛋白胶覆盖创面;C 组患者给予电凝止血后缝合胆囊床;D 组患者仅给予胆囊床电凝止血,未予缝合及覆盖止血材料。所有患者均于胆囊窝处放置负压引流管,逐层缝合切口组织,关闭腹腔结束手术。所有患者术后均未予止血类药物,应用抗菌药物治疗 3 d 以防感染发生。

1.3 观察指标 记录 4 个组患者术后 2、12、24、48 h 时腹腔引流液平均量,引流液颜色变为淡血色时停止记录,并予以拔管。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者腹腔引流液平均量比较 A、B 组各时间点腹腔引流液平均量均低于 C、D 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。A、B 组以及 C、D 组之间相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 各组患者各个时间段腹腔引流液平均量比较($\bar{x}\pm s$, mL)					
组别	<i>n</i>	术后 2 h	术后 12 h	术后 24 h	术后 48 h
A 组	40	12.2±2.4*	19.0±2.9*	21.8±3.5*	32.7±4.2*
B 组	40	12.5±2.1*	19.3±2.7*	22.1±3.9*	33.3±4.1*
C 组	40	14.3±2.5	21.9±2.2	24.8±3.7	35.6±4.5
D 组	40	15.1±2.2	22.2±2.5	25.3±3.6	36.0±4.4

注:与 C、D 组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 拔管时间及残留物检查 A、B 组患者于术后 48 h 拔除引流管,C、D 组患者于术后 72 h 拔管。术后 2 周复查 B 型超声显示,胆囊窝处均无异物残留。

3 讨论

开腹胆囊切除术中胆囊床的传统处理方式为止血后缝合胆囊床,而多项研究表明,胆囊床是否缝合对预防胆囊床

渗血效果不明显^[3-4]。本研究显示,C、D 组腹腔引流情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),结果同其他研究。而胆囊床出血问题关系到手术的成败,因此给予可靠的止血措施是必要的。

传统的纱布压迫止血效果明显,但其应用一段时间后作为异物必需去除,不能留置体内,且去除时容易撕脱粘连组织及血痂而引发再次出血^[5-6]。目前临床常用的止血材料为 S-100 吸收性止血绦、医用生物蛋白胶等。将 S-100 吸收性止血绦覆盖于电凝止血后的胆囊床,其接触渗血后迅速膨胀,逐渐溶解,溶解后的组织可黏附红细胞,吸附血小板,进而激活血小板,激活凝血因子,激活内源性凝血机制,从而发挥强大的凝血功能^[7]。S-100 吸收性止血绦为水溶性纯天然制品,无不良反应,其 pH 值与人体组织细胞接近,故对机体无刺激,易于吸收,且价格低廉,易于推广,但其仅适用于预防渗血,而对于明显的血管出血及活动性出血点,仍需结扎止血^[8]。医用生物蛋白胶可与组织快速形成纤维蛋白网,止血效果显著,减少创面渗出及炎性反应,促进再生修复,缩短愈合时间,但其价格稍高^[9]。本研究结果显示,A、B 组各时间点腹腔引流液平均量均低于 C、D 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。A、B 组以及 C、D 组之间相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。提示 S-100 吸收性止血绦为最具优势的外科局部止血材料,止血效果与医用生物蛋白胶相似,能够预防创面渗血,促进组织愈合,且体内无残留,价格低廉,值得推广。

参考文献

[1] 邹小荣. 急性胆囊手术中胆囊床处理疗效的分析[J]. 中

(上接第 1256 页)

由于本试验所选试剂盒的局限性,仅检测基因 B 和 C 型,因此未分型即非 B 非 C 仍占 27.8%,结合现有的文献资料,可考虑未分型存在多种基因型混合感染^[4]。通过分析对比发现 B、C 型患者在 HBV-DNA 水平上差异无统计学意义($P>0.05$)。但两者在 ALT 上差异有统计学意义($P<0.05$),这说明 B 型患者的肝细胞损害程度明显高于 C 型患者,ALT 升高通常是杀伤性 T 细胞攻击带有病毒抗原的肝细胞而导致肝细胞溶解的结果,前 C 区 1896 变异可能通过影响宿主清除体内的 HBV,使患者血中的 ALT 水平居高不下^[5],两者的 AST 比较差异却无统计学意义($P>0.05$),通过分析标本来源,可能与患者的年龄分布以及 AST 在体内分布较广有关。当乙肝患者同时伴有心肌梗死、心肌炎、骨折等疾病时也可导致 AST 不同程度的增高,从而影响到 AST 反映肝脏情况的特异性。

目前临床上用于治疗乙肝的药物较多,不同的基因型对于不同的药物治疗有着不同的应答,对药物耐药的发生率也不同,有研究显示 B 型对干扰素的应答率较高^[6]。不同基因型对于疾病进程也有着不同的影响,C 型 HBV 感染患者更易发展为肝癌和肝硬化^[7]。鉴于 HBV 基因型分布存在地域性,同时也受到疾病感染途径、疾病进展以及药物治疗过程的影响,HBV 某些基因型也存在变异的情况^[8],为了给临床对疾病诊断和治疗提供更大的帮助,因此各地区对慢性乙肝患者进行基因分型检测是很有必要的。

参考文献

[1] 盖俊惠. HBsAg 无症状携带者乙型肝炎病毒基因分型研

究[J]. 中国医学检验杂志,2009,10(4):180-183.

[2] 陈兴阳. 胆囊切除术中胆囊床不同处理方式的止血疗效比较[J]. 吉林医学,2011,32(27):5685-5686.

[3] 李吉,黄文海,俞建平. 急性胆囊炎手术中胆囊床处理疗效的分析[J]. 医疗保健器具,2008,109(3):14-15.

[4] 高潮光,李吉,黄文海,等. 急性胆囊炎手术胆囊床不同处理方法效果分析[J]. 泰山卫生,2008,36(32):1-2.

[5] 丁新德,高铭. 胆囊切除术中胆囊床大出血临床分析[J]. 浙江临床医学,2008,10(10):1355-1356.

[6] Achneck HE, Sileshi B, Jamiolkowski RM, et al. A comprehensive review of topical hemostatic agents; efficacy and recommendations for use[J]. Ann Surg, 2010, 251(2):217-228.

[7] 许建省,孟庆鹏,李沫. 胆囊切除术胆囊床大出血的原因与防治 5 例报告[J]. 华北煤炭医学院学报,2008,10(6):797-798.

[8] 王勇,陆伟. 体内可吸收止血材料研究及临床应用[J]. 生物医学工程学杂志,2009,26(4):922-926.

[9] 汪向飞,张晓丹,周汉新. 生物医用可吸收止血材料的研究与临床应用[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(21):3973-3976.

(收稿日期:2013-09-10 修回日期:2013-11-14)

究[J]. 中国医学检验杂志,2009,10(4):180-183.

[2] 夏国良,贾志远,刘洪斌,等. 乙型肝炎病毒基因型和血清亚型在我国部分地区的分布及其特点[J]. 中华流行病学杂志,2001,22(5):348-351.

[3] 郑能雄,王镜泉,纪惠玲,等. 福州市人群乙型肝炎分子流行病学研究[J]. 海峡预防医学杂志,2007,13(4):4-6.

[4] 冯相伟,孟繁平,汪杨,等. 慢性乙型肝炎患者血清 HBV 基因分型[J]. 微生物学杂志,2007,27(3):27-29.

[5] 吉强,高春芳,赵云鹏,等. 乙型肝炎病毒前 C 区 1896 点突变、基因分型及其实验室特征分析[J]. 第二军医大学学报,2007,28(12):1302-1305.

[6] Liu CJ, Kao JH. Genetic variability of hepatitis B virus and response to antiviral therapy[J]. Antivir Ther, 2008, 13(5):613-624.

[7] 白瑜,厚胜利. 乙肝病毒 C 基因型与肝硬化关系的探讨[J]. 现代预防医学,2009,36(10):1930-1931.

[8] Kao JH. Hepatitis B virus genotypes and hepatocellular-carcinoma in Taiwan[J]. Intervirology, 2003, 46(6):400-401.

(收稿日期:2013-09-23 修回日期:2013-11-20)