

文章编号: 1005-6947(2013)09-1229-04

· 临床报道 ·

腹腔镜辅助小切口胆囊切除术治疗胆囊良性疾病

郭成, 高源, 艾尔肯

(新疆哈密红星医院 普通外科, 新疆哈密 839000)

摘要

目的: 探讨腹腔镜辅助小切口胆囊切除术治疗胆囊良性疾病的临床效果。

方法: 选取2009年3月—2012年3月收治的260例胆囊良性疾病患者, 按照手术方法的不同分为腹腔镜辅助小切口胆囊切除术组(观察组)和常规腹腔镜胆囊切除术组(对照组), 每组各130例。比较两组的手术情况、患者恢复以及术后并发症发生情况。

结果: 观察组手术时间、住院费用优于对照组($P < 0.05$); 在其他指标方面两组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

结论: 腹腔镜辅助小切口胆囊切除术治疗胆囊良性疾病安全有效, 费用低, 技术要求低, 适合在各级医院开展, 值得研究及推广应用。

关键词

胆囊切除术, 腹腔镜; 小切口; 胆囊疾病

中图分类号: R657.4 文献标志码: B



DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.09.026
<http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3644.shtml>

腹腔镜胆囊切除术(LC)由于手术安全性高、术中出血少、创伤轻、痛苦少、住院时间短、术后恢复快以及无严重并发症等优点, 逐渐成为临床胆道外科应用极为普遍的术式之一, 患者接受程度高。但是LC在术野不清、腹腔粘连等的情况下, 还是具有一定的危险性, 且住院费用较高, 对器械以及操作者的要求也较高, 在一定程度上阻碍了该术式在基层医院的开展^[1]。因此, 寻找一种住院费用较低, 且效果相当或者是优于腹腔镜胆囊切除术的术式成为临床工作者研究的重点。本院2009年3月—2012年3月对130例胆囊良性疾病患者行腹腔镜辅助小切口胆囊切除术, 效果显著, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

260例胆囊良性疾病患者, 其中男137例,

女123例; 年龄31~67岁, 平均(43.5 ± 5.4)岁; 病情分布: 胆囊息肉32例, 急性胆囊炎36例, 慢性结石性胆囊炎192例。按照手术方法的不同分为腹腔镜辅助小切口胆囊切除术组(观察组)和常规腹腔镜胆囊切除术组(对照组), 每组各130例。两组患者在性别、年龄、病情分布等一般资料上差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 患者行四孔法LC进行治疗。麻醉方式为气管插管全麻。通过钛夹切断患者的胆囊管和胆囊动脉, 用电凝钩分离, 采取胆囊床电凝进行止血操作, 从患者剑突下进行穿刺将胆囊取出。

1.2.2 观察组 患者在腹腔镜辅助下行小切口胆囊切除术进行治疗。腹腔镜器械为Roc's双视微创腹部手术设备系统—IV代手术器械(北京诺科浩然科贸有限公司)。麻醉方式为连续硬膜外麻醉。患者取仰卧位, 对准腰桥。在术前给予患者肌注安定8~12 mg, 无须留置胃管和导尿管。在患者的右肋缘下1 cm处取一长约2~4 cm的切口, 切口经直肌或者是腹直肌旁。如果患者的肝脏位置较低, 则要顺势下移切口的位置。逐层切开患

收稿日期: 2013-07-24; 修订日期: 2013-08-29。

作者简介: 郭成, 新疆哈密红星医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通信作者: 郭成, Email: 51889964@qq.com

者的皮肤、皮下组织和腹直肌前鞘，将腹直肌钝性分离，按结构切开患者的直肌后鞘、腹横筋膜、腹膜外脂肪以及腹膜，并缝线牵引，然后将患者腰桥慢慢升起，取头高位。在患者胆囊的左右方和下方各放置一个 20 cm × 10 cm 的双层带丝线敷料进行隔离，须将丝线的尾端留在切口外边进行钳夹，取 2 个直角带光源和 1 个直角带光源载镜拉钩进行牵拉，以充分暴露胆管。术中对于胆囊过大的患者，在严密保护胆囊底部前提下要谨慎切开，或者是进行穿刺抽吸以减压。将胆囊内的脓液、胆汁以及结石清除干净，以减少对手术的影响。缓慢提起胆囊袋，将表面浆膜剪开，然后剥离胆囊袋，充分暴露胆囊管、胆总管、肝总管、胆囊动脉以及三管汇合处，要特别注意辨认和认真区别“三管一壶”结构，分别处理胆囊动脉与胆囊管。用止血钳将胆囊夹住并向上牵拉，沿着胆囊浆膜下缘胆囊板平面用剥离器将胆囊顺行剥离，用电凝以及止血线对胆囊床进行止血操作，不予缝合。如果术中发现局部粘连较为严重或是急性炎症期，则考虑放置局部引流管，一般情况下不放置。用可吸收线将切口进行皮内缝合，然后用贴膜敷料进行粘贴。

1.3 观察指标

比较两组患者的手术情况、患者恢复情况以及术后并发症。

表 2 两组患者术后恢复情况比较 (n=130)

组别	住院时间 (d)	肠功能恢复时间 (h)	术后下床时间 (h)	恢复工作时间 (d)	住院费用 (元)
观察组	4.9 ± 1.3	28.1 ± 5.5	24.4 ± 4.5	16.2 ± 4.1	3 332 ± 1209
对照组	4.2 ± 1.1	25.2 ± 5.3	20.5 ± 3.4	15.7 ± 6.3	6 229 ± 1578

2.3 术后并发症

两组患者均未出现结石残留、出血、胆瘘、手术死亡等并发症。观察组 5 例发生并发症，分别是发热 3 例，切口疝 1 例，切口感染 1 例；对照组 8 例发生并发症，分别是切口感染 2 例，发热 4 例，切口疝 2 例。两组术后并发症发生率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

LC 为一种高新科技术式，随着临床的广泛开展，对于没有手术禁忌证的良性胆囊疾病患者，是最为合适的术式之一^[2]。但是行 LC 治疗良性胆囊疾病在医疗设备、条件以及医生的经验、技

1.4 统计学处理

采用 SPSS15.0 统计软件进行数据分析处理，计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用 t 检验，计数资料用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

观察组在手术时间低于对照组，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)；两组术中出血量、中转开腹率以及导尿率比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$) (表 1)。

表 1 观察组和对照组手术情况比较 (n=130)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	中转开腹率 [n (%)]	导尿率 [n (%)]
观察组	51 ± 16	35 ± 21	0 (0)	4 (3.1)
对照组	62 ± 25	30 ± 24	1 (0.77)	0 (0)

2.2 患者恢复

住院费用观察组低于对照组，两组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)；术后住院时间、肠功能恢复时间、术后下床时间以及恢复工作时间方面比较，两组差异无统计学意义 ($P>0.05$) (表 2)。

术水平等方面均具有较高的要求，所以不具备腹腔镜手术条件的医院不宜采取此项术式，以保障患者生命安全。

小切口胆囊切除术与 LC 均属于微创手术，但是在术中出血量、术后患者恢复时间以及术后并发症等方面比较，LC 要优于小切口胆囊切除术^[3]。笔者受到 LC 启发，从 2009 年至今共完成了 130 例腹腔镜辅助小切口胆囊切除术治疗胆囊良性疾病，效果良好。

相对于腹腔镜辅助小切口胆囊切除术，LC 的适应证较狭窄，临床开展较多的有单纯性的胆囊炎、胆囊息肉以及胆囊结石等良性疾病，而坏疽积脓、胆囊穿孔以及同时伴有中后期妊娠、上腹部手术史、急性胆管炎等的患者，则为手术禁

忌证或者是困难较大的病例,有一定危险性,不宜开展^[4]。腹腔镜辅助小切口胆囊切除术对于上述情况均可以进行治疗,甚至是恶性胆囊疾病以及操作困难、解剖不清等患者均可以采取延长切口的方式来完成手术治疗。同时,在腹腔镜的辅助下,术野清晰,从而易于处理术中突发状况和意外情况^[5]。

在腹腔镜辅助下行小切口胆囊切除术适应证方面,除了肥胖患者($BMI > 28 \text{ kg/m}^2$)之外,几乎所有的LC的适应证均为其适应证,而且少数LC失败的患者也可以考虑为其适应证,例如胆管损伤、意外出血等不适宜继续进行LC的突发状况。

在本资料中,观察组在手术时间方面低于对照组($P < 0.05$);在术中出血量、中转开腹率以及导尿率方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者住院费用低于对照组($P < 0.05$);在术后住院时间、肠功能恢复时间、术后下床时间以及恢复工作时间方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者均未出现严重并发症,术后并发症发生率,组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

在手术时间方面,LC所需器械较多,手术步骤也相对于复杂,因而在术中需要的时间较多;而腹腔镜辅助小切口胆囊切除术所需器械较少,手术步骤相对简单,在腹腔镜的直视下,术野清晰,大大缩短了患者的手术时间。

在术中出血量、住院时间、肠功能恢复时间、术后下床时间以及恢复工作时间方面,两种手术都属于微创操作,手术切口较小,避免了传统大切口手术带给患者的伤害;且小切口胆囊切除术对于胆囊管、胆总管、肝总管、胆囊动脉以及三管汇合处等的暴露比较充分,避免了对临近器官组织的伤害;术野暴露清晰,通过直视和影屏图像双重术野效果,显著降低了局部操作术野不清所带来的危险性。与传统大切口术式相比减少了术中出血量,缩短了患者的住院时间、肠功能恢复时间、术后下床时间以及恢复工作时间,而与腹腔镜胆囊切除术比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

在术后并发症方面比较,两组患者均未出现结石残留、出血、胆瘘以及手术死亡等并发症。观察组发生5例并发症(3.8%),分别是发热3例,切口疝1例,切口感染1例;对照组发生8例并发症(6.2%),分别是切口感染2例,发热4例,切口疝2例。虽然腹腔镜辅助小切口胆囊切除

术的并发症发生率要高于LC,但是经过统计学处理分析,两组患者在术后并发症方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。分析原因可能为观察组患者的切口长度要大于对照组,这增多了并发症发生的危险因素。

对照组有1例中转开腹,其原因是由于在术中钛夹脱落,从而引起胆汁性腹膜炎,被及时发现之后行中转开腹,切开胆总管进行引流。观察组所有患者均顺利完成手术,无中转开腹者。

在住院费用方面,由于腹腔镜辅助小切口胆囊切除术减少了手术器械的使用数量,且术中所有需要使用的操作器械均是术中的常用器械,没有特殊器械,取小切口也降低手术的难度,使手术过程较为简单,故手术费用较低,约为腹腔镜胆囊切除术的1/2;同时,腹腔镜辅助小切口胆囊切除术并没有提高术后并发症的发生率,从而降低了患者的住院费用,减轻了患者的经济负担。

腹腔镜辅助小切口胆囊切除术既具有传统手术的特点,同时也包含了微创的技术特点,在腹腔镜辅助下可以较好地粘连进行分离,同时也能够对胆囊管、肝总管、胆总管以及胆囊动脉等重要结构进行清楚识别。而且在手术过程中还可以进行胆道造影,可以明确胆道的具体情况,有效预防了胆道结石残留;大大增强了手术者的主动性了,一旦出现异常情况,可以扩大切口,从而进行紧急处理;当患者胆囊管较粗的时候,腹腔镜辅助下行切口胆囊切除术可以进行充分地结扎,保障了患者的安全。

虽然腹腔镜辅助下行小切口胆囊切除术对于操作器械要求相对于腹腔镜胆囊切除术较低,但是对于术者及助手也有相应的要求。首先,术者必须有丰富的传统胆囊切除经验以及解剖经验,主刀至少要具有100例开放性胆囊切除术操作;其次,主刀的腹腔镜胆囊切除术至少要达到50例,而助手也要在20例以上;第三,主刀和助手之间连台手术至少要在50例以上,以具备良好的默契感。

综上所述,腹腔镜辅助下行小切口胆囊切除术操作方便,无需使用较多的器械,对患者的干扰较小,且随时可以延长切口来应对突发状况,保障了患者的安全。同时,缩短了患者的手术时间、住院时间等,降低了住院费用,对器械的要求较低;在手术前无须建立气腹压,避免了气腹所带来的不良影响,提高了手术的安全性,适合在各级医院推广应用。伴随着微创外科的推广应

文章编号: 1005-6947(2013)09-1232-03

· 临床报道 ·

胆囊结石合并急性胰腺炎早期和延期腹腔镜胆囊切除术临床疗效分析

包文中¹, 孟翔凌², 汤大伟¹, 周高潮¹, 王家文¹

(1. 安徽医科大学附属合肥医院 普外二科, 安徽 合肥 230011; 2. 安徽医科大学第一附属医院 普通外科, 安徽 合肥 230032)

摘要

目的: 探讨胆囊结石合并轻中度急性胰腺炎实施早期腹腔镜胆囊切除术(LC)的可行性及手术时机。
方法: 21例胆囊结石伴轻中度胰腺炎在确诊后经保守治疗病情平稳, 发病48 h内行LC术(早期LC组), 并与58例延期LC组的临床资料作对照研究。

结果: LC手术均获成功; 早期LC组术后1, 3, 5, 7 d谷丙转氨酶、谷草转氨酶及碱性磷酸酶与保守延期手术组入院治疗第1, 3, 5, 7天比较无统计学差异($P>0.05$)。早期手术组住院时间明显缩短($P<0.05$)。术后急性胰腺炎复发率两组间无统计学差异($P>0.05$)。

结论: 明确排除胆总管结石, 胆囊结石合并轻中度急性胰腺炎在发病48 h内行LC是安全可行的。

关键词

胆囊切除术, 腹腔镜; 胆囊结石; 急性胰腺炎 / 并发症
中图分类号: R657.4 文献标志码: B



DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.09.027
<http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3645.shtml>

急性胆石性胰腺炎 (acute gallstone pancreatitis,

AGP) 是急性胰腺炎的常见类型, 目前对于继发于胆囊结石的胰腺炎治疗行胆囊切除术已经成为相对公认的治疗方式, 对于大多数患者而言, 行胆囊切除术可以达到预防术后复发的效果^[1]。但有关其手术时机的选择, 一直是外科医生争论的焦点。现回顾分析我院2007年1月—2012年

收稿日期: 2013-07-21; 修订日期: 2013-09-03。

作者简介: 包文中, 安徽医科大学附属合肥医院主治医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 包文中, Email: wenzhong_bao@163.com

用以及人们对微创的逐步认识, 将会极大地推动微创外科广泛应用。目前, 腹腔镜应用极为广泛, 对于LC, 一方面要对如何降低术后严重并发症进行研究; 另一方面, 如何有效降低患者的住院费用也是值得研究的一个问题^[6]。腹腔镜辅助下行小切口胆囊切除术的发展速度越来越快, 具有较高的安全性、经济效益以及社会效益, 适合在各级医院推广应用。

- 囊切除术治疗胆囊疾患比较分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2006, 11(2):154-155.
- [4] 胡铭, 张建民, 邱玺鹏. 腹腔镜辅助中转小切口胆囊切除术的临床应用[J]. 中国基层医药, 2012, 19(17):2659-2660.
- [5] 王保林. 腹腔镜辅助小切口胆囊切除术[J]. 河南外科学杂志, 2005, 11(3):63.
- [6] 王光. 腹腔镜胆囊切除术与小切口胆囊切除术的疗效比较[J]. 微创医学, 2012, 7(3):298-299.

(本文编辑 姜晖)

参考文献

- [1] 马明. 小切口胆囊切除术与腹腔镜胆囊切除术的疗效比较[J]. 中国实用医刊, 2011, 38(3):100-101.
- [2] 孟克, 尹玉琴, 丁木拉提. 胆囊结石三种不同手术方法的对比分析[J]. 中国普通外科杂志, 2008, 17(8):822-823.
- [3] 张弘韬, 林艺, 郑亚民, 等. 腹腔镜胆囊切除术与直视微创胆

本文引用格式: 郭成, 高源, 艾尔肯. 腹腔镜辅助小切口胆囊切除术治疗胆囊良性疾病[J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(9):1229-1232. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.09.026
Cite this article as: TUO C, GAO Y, AIERKEN. Laparoscopic-assisted minilaparotomy cholecystectomy for benign diseases of gallbladder[J]. Chin J Gen Surg, 2013, 22(9):1229-1232. DOI: 10.7659/j.issn.1005-6947.2013.09.026