

· 临床研究 ·

腹腔镜联合胆道镜保胆取石的临床应用价值

伍 强,周 波,袁 涛,刘孟刚,刘宏鸣,陈 平[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所肝胆外科,重庆 400042)

摘要:目的 探讨腹腔镜联合胆道镜保胆取石的临床应用价值。方法 对 172 例胆囊结石患者行腹腔镜联合胆道镜保胆取石,术后进行随访观察。结果 所有腹腔镜联合胆道镜保胆取石患者均无结石残留,痊愈出院。172 例患者随访 1~2 年,复发率为 2.33%(4/172),胆囊壁厚度较术前明显变薄($P<0.05$)。结论 腹腔镜联合胆道镜保胆取石,可以有效地解决术中胆囊结石残留问题,是安全、易行的微创手术。

关键词:内窥镜;胆囊结石病;胆道外科手术;外科手术,微创性

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.18.008

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)18-1787-02

Clinical application value of mini-invasive surgery of removing gallstones and preserving gallbladder through laparoscope combined with choledochoscope

Wu Qiang, Zhou Bo, Yuan Tao, Liu Menggang, Liu Hongming, Chen Ping[△]

(Department of Hepatobiliary Surgery, Research Institute of Surgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To discuss the clinical application value of mini-invasive surgery of removing gallstones and preserving gallbladder through laparoscope combined with choledochoscope. **Methods** 172 patients with cholecystolithiasis were accepted mini-invasive surgery of removing gallstones and preserving gall bladder through laparoscope and choledochoscope, and postoperative follow up were conducted. **Results** All patients experienced mini-invasive surgery of removing gallstones and preserving gallbladder through laparoscope and choledochoscope had no residual stones, and discharged after recovery. 172 patients were followed up for 1-2 years, and the recurrence rate was 2.33% (4/172). Thickness of gallbladder wall was significantly thinner than that before operation ($P<0.05$). **Conclusion** It is a safe and feasible mini-invasive surgery of removing gallstones and preserving gallbladder through laparoscope and choledochoscope which can effectively solve the problem of intraoperative residual gallstones.

Key words: endoscopes; cholecystolithiasis; biliary tract surgical procedures; surgical procedures, minimally invasive

近年来,随着人们对胆囊功能及胆囊切除后对人体产生不良影响的认识不断提高,保胆取石已成为治疗胆囊结石的发展方向。现就本科行腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的 172 例患者随访结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本科 2007 年 1 月至 2009 年 1 月行腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的 172 例患者,其中男 65 例,女 107 例;年龄 12~71 岁,平均(43.4±5.1)岁。

1.2 病例选择 所有胆囊结石患者均由 B 超检查确诊,胆囊炎症较轻,胆囊壁较薄,壁厚小于 2 mm。术前均行胆囊功能试验,测定空腹与脂肪餐后胆囊的最大长径与最大横径,计算空腹与脂肪餐后胆囊收缩面积[胆囊收缩面积=(空腹胆囊面积-餐后胆囊面积)/空腹胆囊面积],餐后胆囊收缩面积大于 30%,172 例术前空腹与脂肪餐后胆囊收缩面积平均(0.30±0.45)cm²。急性期胆囊炎症较重、水肿较明显,对胆囊萎缩、胆囊颈部结石嵌顿的患者,建议不行保胆手术。

1.3 手术方式选择 所有患者均选用全身麻醉。患者取平卧位,麻醉成功后,建立气腹,按常规腹腔镜胆囊切除手术方法戳 A、B、C 孔,置入穿刺鞘,用腹腔镜探查胆囊大小、形态及其与周围组织粘连情况,最后决定是否保留胆囊及保胆手术方式。如胆囊底能提出体外,则在胆囊底投影部位(C 孔)切开一长约 10 mm 的切口将胆囊底提出腹壁外,切开胆囊底(根据胆囊结石大小决定切开胆囊底大小),放入胆道镜,用生理盐水冲洗胆

囊腔,然后用取石网篮将结石取出,用 4-0 可吸收线将胆囊切开处全层缝合。对于胆囊不能提出腹腔的患者,可选择在腹腔内保胆,先按腹腔镜切胆囊方法置入穿刺鞘,然后用 4-0 可吸收线将胆囊底悬吊于腹壁,在胆囊底无血管区用电凝钩切开胆囊^[1],取石及缝合胆囊创面操作与上述方式相同,只是所有操作均在腹腔内进行。结石放入标本袋中,于手术结束前经剑突下穿刺孔取出。根据术中缝合情况决定是否放置腹腔引流管,根据引流情况,引流管一般在术后 1~2 d 内拔出。

1.4 随访患者 本组所有患者均在出院后 3、6、12、24 个月来院复查。复查内容包括肝胆超声(了解结石有无复发及胆囊壁厚度)、胆囊功能试验,计算脂肪餐后胆囊收缩面积。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件,计量单位用($\bar{x}\pm s$)表示。均数比较采用 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后处理及出院时间 术后常规给予抗炎、补液治疗,术后第 1 天患者均开始下床活动及进食低脂饮食,同时开始口服消炎利胆片,2 片/次,3 次/d(疗程 3~6 个月),术后第 2 天复查腹部 B 超,胆囊腔内均无残余胆囊结石,于术后第 3 天出院。平均住院时间为 4.5 d。

2.2 随访情况 1 例患者术后 3 个月复查 B 超提示胆囊腔内异常回声,考虑胆泥形成可能,改口服熊去氧胆酸胶囊(1 粒/d),2 个月后再复查 B 超提示胆囊形态正常,腔内未见

异常。1 例患者术后 6 个月复查 B 超提示结石复发, 复发率 0.58%(1/172); 3 例患者术后 24 个月复查 B 超提示结石复发, 2 年内复发率为 2.33%(4/172)。104 例患者术后 6 个月胆囊壁厚度平均为(1.48±0.15)mm, 脂肪餐后胆囊收缩面积平均为(0.35±0.05)cm²; 50 例患者术后 12 个月胆囊壁厚度平均为(1.35±0.30)mm, 脂肪餐后胆囊收缩面积平均(0.39±0.06)cm²。胆囊壁厚度测量在术后 6、12 月与术前相比明显变薄($P<0.05$); 胆囊收缩功能在术后 6、12 月与术前比较明显好转($P<0.05$)。

3 讨 论

保胆取石手术方式有多种: 传统开腹小切口保胆取石; 腹腔镜下腹腔外联合胆道镜保胆取石; 腹腔镜下腹腔内联合胆道镜保胆取石^[2]。本院采用后两种手术方式。胆囊结石是一常见病、多发病, 约占正常人群的 10% 左右^[3]。1882 年, 德国 Langenbuch 完成了世界上首例胆囊切除以来, 至今胆囊切除术一直被认为是治疗胆囊良性疾病的最佳治疗方法^[4]。近 20 年来, 腹腔镜胆囊切除术因其创伤小、痛苦少、恢复快等优点已被广泛应用于临床^[5-6]。随着现代医学的发展与进步, 人们对胆囊的认识也进一步加深, 研究发现, 胆囊是人体一个功能十分复杂的重要器官, 它不仅具有浓缩、储存、排出胆汁作用, 同时还缓冲胆管压力, 参与消化及免疫功能^[7], 胆囊切除后, 丧失了胆囊正常生理功能, 部分患者可引起一系列生理障碍^[8]。有研究显示, 胆囊切除术后, 结肠癌发生的危险性较未行胆囊切除患者高 45 倍^[9-10], 且胆总管结石发生率明显升高^[11-12]。随着腹腔镜及胆道镜的广泛应用, 单纯胆囊切除手术正被保胆取石所代替。保胆取石不仅保留了胆囊, 还保存了胆囊的正常生理功能, 避免了因切除胆囊引起的一系列生理障碍及并发症。

在胆囊切除的手术过程中, 由于胆囊三角局部组织的粘连以及解剖变异, 胆囊切除术可能造成胆管损伤、肝管损伤及血管损伤等。有报道, 在胆囊切除过程中胆管损伤占 0.18%~2.3%^[13]。而腹腔镜联合胆道镜保胆取石的整个操作均在胆囊腔内进行, 有效避免了因操作不当造成的并发症。腹腔镜保胆手术对保留功能正常的胆囊有着不可替代的优势, 但并不是所有胆囊都可选择该手术方式, 它有严格的适应证和禁忌证。对胆囊功能良好, 胆囊管通畅, 估计能完全取尽结石的患者, 可行保胆手术。而胆囊已发生器质性病变与不可逆的功能损害(如瓷化胆囊、萎缩性胆囊炎及急性坏疽性胆囊炎等), 胆囊颈部结石嵌顿, 胆囊畸形(如中隔胆囊与双胆囊等)以及急性胆囊炎患者不可行保胆手术。

术中部分病例出现胆囊腔内少量出血, 采用 0.1% 肾上腺素生理盐水冲洗止血或电凝直接止血(冲洗液应用 5% 葡萄糖液), 电凝止血要防止因电流过大而导致胆囊穿通。缝合胆囊创面前要再次确定胆囊腔内无残余结石、胆囊内壁无出血、胆囊管开口处可见大量胆汁间歇性涌向胆囊腔。使用 4-0 可吸收线连续全层缝合胆囊创面, 还纳入腹腔, 使胆囊处于自然状态, 用小块干纱布覆盖胆囊, 缝合创面, 压迫胆囊体, 观察纱布有无染色以确定胆囊缝合创面无出血、胆漏, 注意操作结束时, 胆囊悬吊线需打结, 如直接抽去悬吊线, 部分患者有可能因悬吊胆囊线缝针穿透胆囊, 胆汁通过其针孔渗出, 引起胆漏。手术结束前用腹腔镜观察腹腔内有无出血、肝床有无拉伤、腹壁切口有无出血, 最后撤出器械。此种保胆方法一般不需放置腹腔引流管。皮肤切口均全部用拉合胶布粘贴。

保胆取石术尽管有较好的疗效, 也仍存在着许多争议问题。结石复发就是其中之一, 不过, 有报道称保胆取石术后 5~10 年结石的复发率由从前的 30%~40% 降低到目前 2%~4%^[14]。腹腔镜联合胆道镜保胆取石不仅具有创伤小、恢复快以及复发率低等优点, 还有效地解决了术中胆囊结石残留问题, 至今尚无死亡病例、胆道损伤及周围脏器损伤的报道^[15], 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 吴建华, 荣万水, 刘京山. 内镜保胆胆囊息肉摘除术的临床应用[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(8): 880-883.
- [2] 欧阳斌, 刘衍民, 曾可伟, 等. 35 例微创保胆取石术应用体会[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(8): 893-894.
- [3] 李健, 杨桌欣, 黄明河, 等. 微创保胆内镜取石加防石胶囊治疗胆囊结石的初步观察[J]. 中国中医药科技, 2003, 10(1): 50-51.
- [4] 张乃友, 康春博, 许洪斌, 等. 腹腔镜联合胆道镜腹腔镜外胆囊取石术的临床应用[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(2): 41-43.
- [5] 向国安, 陈开运, 肖方联, 等. 难切性胆囊的腹腔镜治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2005, 13(6): 447-449.
- [6] 高伟, 梁晶, 曾衍晴, 等. 老年患者经腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术的治疗体会及比较[J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12(9): 14-17.
- [7] 欧阳才国, 张利刚, 姚宝福, 等. 内镜保胆取石与胆囊切除术治疗胆囊结石疗效对比分析[J]. 中国现代医药杂志, 2009, 11(11): 36-38.
- [8] Chen MF, Wang CS. A prospective study of the effect of cholecystectomy on duodenogastric reflux in humans using 24 hour gastric hydrogen monitoring[J]. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(1): 52-56.
- [9] Paul J, Gessner F, Wechsler JG, et al. Increased incidence of gallstones and prior cholecystectomy in patients with large bowel cancer[J]. Am J Gastroenterol, 1992, 87(9): 1120-1124.
- [10] 刘振惠, 李金明. 内镜联合微创保胆取石术的临床进展[J]. 临床医学, 2008, 28(11): 107-109.
- [11] 邓勇, 马德寿, 李晓峰, 等. 微创保胆取石术的临床应用(附 30 例报告)[J]. 中国内镜杂志, 2004, 10(10): 19-20.
- [12] 张保善. 内镜微创保胆取石术治疗胆囊结石[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(7): 1-4.
- [13] 卢海武, 薛平, 郑强, 等. 腹腔镜、胆道镜联合微创保胆取石术在治疗胆囊结石中的应用价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(2): 87-89.
- [14] 张阳德. 保留人体器官和功能是内镜微创外科治疗的最高境界—论内镜下保胆取石、摘息肉[J]. 中国现代医学杂志, 2008, 18(1): 1-2.
- [15] 王保起, 王国栋. 内镜保胆取石术治疗胆囊结石 80 例[J]. 山西医药杂志, 2009, 38(9): 864.