

· 临床研究 ·

腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石临床分析

崔小鹏, 樊勇

(南通大学附属医院普通外科, 江苏南通 226001)

摘要:目的 观察腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石临床效果。方法 选取 80 例确诊为胆结石的病例, 分为对照组及观察组各 40 例。对照组采用传统的开腹切开胆囊取石; 观察组采用腹腔镜联合胆道镜的方法进行治疗。结果 观察组的手术和住院时间明显比对照组短, 手术疗效明显优于对照组, 术后并发症的发生率明显低于对照组。结论 采用腹腔镜联合胆道镜技术治疗胆结石取得良好的临床效果。

关键词:腹腔镜; 胆道镜; 胆结石

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.24.010

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)24-2847-02

Clinical analysis of laparoscopy combined with choledochoscopy in treatment of cholelithiasis

Cui Xiaopeng, Fan Yong

(Department of General Surgery, Hospital Affiliated to Nantong University, Nantong, Jiangsu 226001, China)

Abstract: Objective To observe the effect of laparoscopy combined with choledochoscopy in treatment of cholelithiasis clinical effect. Methods 80 cases diagnosed as cholelithiasis cases were divided into control group and observation group with 40 cases in each group. The control group used the traditional laparotomy incision gallbladder stone; observation group were treated by laparoscopy combined with choledochoscopy. Results In the observation group, the operation and the hospital stay were significantly shorter than the control group, operation curative effect was obviously superior to the control group, the incidence of postoperative complications was significantly lower than the control group. Conclusion The use of laparoscopy combined with choledochoscopy technology in treatment of gallstones have good clinical effect.

Key words: laparoscopy; choledochoscopy; gallstones

胆结石是临床上肝胆外科常见的疾病, 病情复杂, 具有急性发作的特点, 发作时会引起剧烈右腹疼痛, 且对其治疗后结石容易残留, 造成复发率极高, 且并发症多, 是肝胆外科手术中仍难以解决的难点^[1]。传统的治疗方法为开腹切开胆囊取石, 此方法手术的创伤大, 且切口易感染, 术后的恢复慢, 并发症多等。随着腹腔镜技术的发展, 纤维胆道镜联合腹腔镜可进行准确取石, 此方法不仅是微创, 而且疗效较好, 避免了切口感染, 术后恢复快, 降低了并发症和不良反应, 减少了患者的痛苦, 胆道镜联合腹腔镜的微创取石慢慢广泛被医生和患者所接受, 目前逐渐取代了传统的开腹术, 成为胆结石较常用的微创治疗方法。2010 年 3 月到 2011 年 4 月本院采用腹腔镜联合胆道镜技术治疗胆结石患者 40 例临床资料, 经分析, 此微创手术方法取得了良好疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月到 2011 年 4 月本院肝胆外科治疗的 80 例患者, 经行 B 超、MRCP 或 ERCP, 胆道造影和胆道镜检查后, 全部确诊为胆结石。将 80 例患者随机分成两组, 对照组 40 例, 观察组 40 例; 80 例患者中最大年龄为 87 岁, 最小年龄为 19 岁, 平均 41 岁; 两组患者的一般情况比较差异无统计学意义, 如表 1, 可进行分析比较。

表 1 两组患者的一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男/女	年龄(岁)	结石最大径(cm)
对照组	40	28/12	41.0±15.2	1.1±0.5
观察组	40	26/14	43.0±13.5	1.2±0.4
P		>0.05	>0.05	>0.05

1.2 手术方法 对照组经气管内插管进行全身麻醉后, 患者取平卧位, 从右腹胆区逐层分离皮肤、皮下组织, 充分显露胆道, 切开胆道, 取出结石。

观察组气管内插管全身麻醉, 患者平卧, 选用腹壁 4 孔穿刺法, 先建立人工的 CO₂ 气腹, 压力保持在 12~14 mm Hg。放入腹腔镜及胆道镜, 遵循先软后硬、先小后大、先近后远、先易后难、尽量原位解决的取石原则开始取石。对较明显的结石, 从穿刺孔处用取石钳直接取石; 对细小或泥沙样的结石, 用 10 号导尿管和冲洗泵对胆道进行反复冲洗; 若结石经挤压或冲洗仍难取出的, 则使用取石网篮进行取石。在取石完后, 对胆道再次进行冲洗, 以保证取尽结石及保持胆道畅通, 用胆道镜观察是否出现胆管畸形、狭窄、下段梗阻、炎症, 是否还有残余的结石等情况。根据胆总管的下段有无狭窄、是否通畅、有无炎性渗出物放置 T 管。术后禁饮、禁食, 进行抗感染、补液等对症及支持治疗。T 管引流在术后的 3~4 周, 经造影证实无结石残留后再拔除; 而肝下引流管, 在术后 1~2 d 可拔除。对照组的术后处理同上。

1.3 疗效的评价标准 显效: 所有临床症状完全消失, 血象及生命体征表现已达到正常的状态, 相关的检查结果转阴; 有效: 部分症状消失, 血象及生命体征表现基本可恢复到正常的状态, 相关的检验结果部分转阴; 无效: 所有的症状和检查指标没实质性的改善, 病情有加重的趋向^[2]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件对所得数据进行分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 来表示。两组间均数使用 *t* 检验比较, 组间差异采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

经过分析发现, 观察组的有效率 95% 明显高于对照组的

80%, 手术疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察术后并发症的发生率也明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2; 观察组的住院时间及手术时间明显比对照组短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者的临床疗效和并发症比较

组别	n	显效	有效	无效	有效率(%)	并发症[n(%)]
对照组	40	21	11	8	80	11(27.5)
观察组	40	16	22	2	95	2(5.0)
t		10.35	12.35	15.31	10.25	10.31
χ^2		6.56	4.34	5.15	6.21	4.25
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者住院时间和手术时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	住院时间(d)	手术时间(min)
对照组	40	14.0 \pm 2.8	125 \pm 33
观察组	40	7.0 \pm 2.5	90 \pm 21
t		11.31	12.43
χ^2		4.69	5.64
P		<0.05	<0.05

3 讨论

随着不断改进手术器械与不断提高的腹腔镜技术, 腹腔镜下行胆道探查术的适应证与开腹探查术逐渐基本相同^[3], 其包括临床表现为有梗阻性黄疸或是有梗阻性黄疸病史的; 反复发作胆管炎、胆绞痛的; 有胰腺炎病史的; 术前或术中证实有胆结石、胆梗阻或扩张的; 老年、肥胖或不耐受开腹术的, 均可行腹腔镜联合胆道镜术^[4]。

随着腹腔镜技术逐渐的成熟, 在外科应用中日益广泛。在腹腔镜下对胆道管切开取石, 具有微小创伤、住院时间短、费用相对便宜及患者痛苦轻等优点, 成为治疗胆结石的首选方法。邵明远等^[5]认为, LCBDE+T 管引流的适用范围广, 将会是今后胆结石的金标准。2006 年, 对美国普外科的医师调查表明, 特别是对于复杂性的胆道结石, 或 EST 不能治疗的患者, 首选 LCBDE 治疗^[6]。LCBDE 联合胆道镜进行取石的优势, 在于能一次性解除胆内结石, 既能保全完整括约肌, 又不增加其并发症的发生率, 取石既安全又彻底, 更能体现出微创的优势。但其也有不足之处, 对技术的要求高, 不仅要掌握开腹进行胆道探查的基础, 熟练掌握腹腔镜技术, 还要求胆道镜技术过硬; 无法完全避免开腹术出现的相关并发症^[7]。

其技术要点在于手术入路的选择和术中胆道镜的运用。手术入路的选择, 当胆囊管直径大于 0.5 cm, 且结石在胆总管与胆囊管汇合点以下的, 选择从胆囊管置入胆道镜。有文献报道^[8-10]经胆囊管用超细的胆道镜取石, 结果发现, 因胆囊管可能有螺旋瓣、狭窄或梗阻等, 当结石的直径大于胆囊管的直径时, 就无法取出结石。另一种入路为切开胆总管的前壁再置入胆道镜, 部位选择在胆囊管与胆肝总管的交界处, 因该处胆管壁的血管少, 使腹腔镜的视角好。术中对胆道镜的运用, 将 Trocar 头部尽量靠近胆总管, 这样能使胆道镜的操作部易于进入胆总管^[9-10], 先对胆总管的全程进行探查, 尽量取净胆总管内的结石后, 再对肝总管和肝内胆管进行探查。过程中配合纤维胆道镜, 纤维胆道镜能对胆管内病变进行直接窥视, 可以

准确地判断胆总管的远端是否通畅, 此方法取石对胆管造成的损伤轻, 且结石的残留率低^[11]。

腹腔镜联合胆道镜切开取石术中, 常会放置 T 形管引流^[12], 为了预防术后胆汁漏出, 通过对 T 管注水可观察缝合处是否有渗漏, 也便于结石残留后再进行胆道镜取石。

采用腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石, 对操作者的操作技巧要求高, 包括要掌握镜下缝合的技术、打结的技术、结扎处理的技术等等。此外, 还要求熟练掌握纤维胆道镜的相关操作。本研究结果显示, 采用腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石的患者临床手术和住院治疗时间短, 有效高, 手术疗效优, 术后并发症的发生率也明显低。

本研究发现, 采用腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石与传统的开腹术相比, 具有以下优点: 对患者的腹腔干扰较小, 利于术后患者胃肠道功能的迅速恢复。其次, 腹部的切口小, 减少患者的疼痛, 利于患者在术后进行早期的下床活动, 从而降低患者在围术期发生肺部及泌尿系统感染的概率, 这是微创手术主要的优势; 另外, 由于手术的切口小, 患者更容易接受, 从而减少了患者对手术的忧虑及担心, 利于手术的进行。

参考文献:

- [1] 王耀东, 何协, 邱福南, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗胆管结石前瞻性临床对比研究[J]. 中华肝胆外科杂志, 2007, 17(3): 301-302.
- [2] 李立波, 蔡秀军, 魏琪. 腹腔镜胆总管探查术后不留置 T 管引流的临床研究[J]. 中华普通外科杂志, 2008, 19(4): 379-380.
- [3] 伍强, 周波, 袁涛, 等. 腹腔镜联合胆道镜保胆取石的临床应用价值[J]. 重庆医学, 2011, 40(18): 1671-1674.
- [4] 周海军, 何信众, 沈彬, 等. 腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石 82 例临床分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2010, 22(5): 410-411.
- [5] 邵明远, 王泓, 蒋波, 等. 腹腔镜胆系手术避免胆管损伤的探讨(附 8 240 例报道)[J]. 重庆医学, 2010, 39(12): 2276-2279.
- [6] 王怀安, 王青. 外科手术联合药物治疗老年胆结石患者 60 例[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(24): 4908-4909.
- [7] 王文慧, 张富喜, 王宏升, 等. 复杂性肝外胆道结石 42 例优化治疗[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(9): 1289-1290.
- [8] 方锦标, 聂向阳, 敏捷, 等. 硬质胆道镜联合气压腔内碎石治疗肝内胆管结石的价值[J]. 重庆医学, 2008, 37(18): 1003-1006.
- [9] 李开良, 王英超, 张平, 等. 经 T 管窦道胆道镜治疗老年胆道残留结石 300 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(4): 846-847.
- [10] Rojas OS. Transcystic common bile duct exploration in the management of patients with cholelithiasis[J]. J Gastrointest Surg, 2003, 7(4): 492-496.
- [11] Zhang YF. Application of laparoscope and choledochoscope in common bile duct exploration and removing stones[J]. China J Endoscopy, 2004, 10(1): 68-69.
- [12] 江克翔. 手术治疗肝胆管结石 256 例总结分析[J]. 浙江临床医学, 2006, 8(4): 386-387.