

腹腔镜与开腹治疗胆总管结石的临床对照分析

付海天, 李越华, 戈佳云, 邹浩, 申思敏, 王琳
(昆明医科大学第二附属医院, 云南 昆明 650032)

[关键词] 腹腔镜; 胆总管切开取石; 胆道探查术

[中图分类号] R657.42 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2013) 09-0129-02

胆囊结石合并肝外胆管结石约占胆石症患者的 9.2%~14.3%^[1], 传统治疗方法是开腹胆囊切除、胆总管切开探查取石、T 管引流术 (open choledochotomy T-tube drainage, OCTD)。但该手术方式具有创伤大、住院时间长、易发生术后并发症等缺点。腹腔镜胆道探查取石术 (laparoscopic choledochotomy T-tube drainage, LCTD) 具有手术创伤小、恢复快、住院时间短、术后并发症少等优点。将 2012 年 1 月至 2013 年 1 月昆明医科大学第二附属医院收治的 42 例胆囊结石合并胆总管结石或单纯胆总管结石患者随机分为腹腔镜组与开腹组, 比较分析 2 组临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集昆明医科大学第二附属医院 2012 年 1 月至 2013 年 1 月胆囊结石合并胆总管结石或单纯胆总管结石患者 42 例。常规开腹组 21 例, 男 10 例, 女 11 例, 年龄 32~73 岁, 平均 (55.9 ± 11.3) 岁。腹腔镜组 21 例, 男 12 例, 女 9 例, 年龄 23~80 岁, 平均 (56.8 ± 16.1) 岁。术前病情资料见表 1。术前依据 B 超、MRI、MRCP 证实为胆囊结石合并胆总管结石或单纯胆总管结石。2 组性别、年龄、术前病情比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 手术方法

腹腔镜组: 全麻成功后, 消毒铺巾, 头高脚低及左侧倾斜体位; 采用四孔法行手术, 切除胆囊, 显露胆总管, 穿刺证实胆总管后, 纵行切开胆总管, 由剑突下操作孔置入超细纤维胆道镜,

表 1 腹腔镜组与开腹组术前病情比较 (n)

术前病情	腹腔镜组	开腹组
右上腹疼痛	13	14
慢性支气管炎	1	1
高血压	4	3
糖尿病	2	2

内镜取石网篮取出胆总管内结石及二级肝管内结石, 留置 T 管, 小网膜孔留置腹腔引流管, 两管由右侧腹引出。开腹组: 全麻成功后, 平卧位, 经右肋缘下切口入腹腔, 切除胆囊, 显露胆总管, 切开, 术中经纤维胆道镜取石, 术后留置 T 管, 腹腔引流管各 1 根。

1.3 观察指标

观察 2 组手术操作时间、术后通气时间、术后切口感染、脂肪液化、胆漏、胆管结石残余、肺部感染等并发症发生率, 术后住院时间等。

1.4 统计学处理

计量资料采用均数 ± 标准差表示, 计数资料以百分率、 t 检验、 χ^2 检验表示。SPSS 统计软件处理。

2 结果

腹腔镜组 1 例因胆囊三角粘连严重中转开腹手术治疗, 术后均无严重并发症发生。腹腔镜组手术操作时间与开腹组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。腹腔镜组术后通气时间、术后住院时间均低于开腹组, 2 组之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。开腹组 2 例发生切口脂肪液化, 高于腹腔镜组, 见表 2。

[基金项目] 云南省中青年学术技术带头人后备人才资助项目 (2008PYD18); 云南省自然科学基金资助项目 (2010CD080); 云南省卫生厅卫生系统学科带头人项目 (D2012220)

[作者简介] 付海天 (1986~), 男, 河南商丘市人, 在读硕士研究生, 主要从事肝胆外科临床工作。

[通讯作者] 王琳. E-mail:wanglinght@hotmail.com

表 2 腹腔镜组与开腹组各临床观察指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

临床观察指标	腹腔镜组	开腹组
手术操作时间 (min)	132.1 ± 25.9	119.0 ± 17.9
术后通气时间 (d)	1.38 ± 0.67*	2.10 ± 0.83
术后住院时间 (d)	8.3 ± 2.3*	11.8 ± 1.5
术后切口脂肪液化 (n)	0	2

与开腹组比较, * $P < 0.05$.

3 讨论

传统的开腹胆总管切开探查取石、T管引流术虽具有操作方便、术野暴露良好等优点,但手术创伤大、患者术后恢复较慢、糖尿病及肥胖患者易出现切口感染等术后并发症。

自 20 世纪 90 年代初 Phillip^[2]首次报道腹腔镜胆总管切开探查、胆道镜取石术以来,该术式在国内外广泛开展。目前腹腔镜联合胆道镜治疗胆总管结石主要有两种术式:经胆囊管胆道镜取石及胆管切开胆道镜取石。腹腔镜下经胆囊管胆总管探查术可避免对胆总管的解剖、胆总管切开后的缝合及放置 T 管引流等问题;亦减少了胆管出血、术后胆总管狭窄等并发症的发生。但对于胆囊管过细、胆囊管胆管汇合处变异、胆总管结石过多、结石直径过大的患者,经胆囊管途径取石很难有效地解除病变。郑民华^[3]等总结出以下情况不适合腹腔镜经胆囊管胆道探查术:(1)胆囊管直径 $< 3 \text{ mm}$;(2)胆囊管螺旋瓣存在;(3)胆囊管与胆总管左侧或后侧汇合;(4)胆总管结石直径 $> 6 \text{ mm}$;(5)胆总管结石数目 > 4 枚;(6)胆总管结石所在位置在胆囊管水平以上。

目前,腹腔镜胆总管切开探查、取石术已经成为肝胆外科一项较为成熟的手术,其与传统开腹手术相比具有创伤小、恢复快、术后并发症少等优点。腹腔镜胆总管探查术适应症^[4]:(1)估计胆总管经胆道镜能取尽;(2)无肝内胆管结石;(3)无胆总管下端括约肌狭窄;(4)无需做胆肠内引流。

本组结果显示,腹腔镜组患者在术后通气时间、术后住院时间上优于开腹组。腹腔镜手术设备及临床医师操作水平对手术质量有一定影响。术者术前应仔细阅读 B 超、MRI/MRCP、CT,设计合理的手术方案。对于胃肠胀气、腹腔粘连患者 30 度

镜可有效显露手术视野,减少手术副损伤。术中于胆总管左右两侧放置 3~4 块纱条,可有效吸收胆汁,防止胆汁外溢,有效减少腹腔感染概率。纤维胆道镜具有直视和可弯曲并可配合器械操作的特点^[5],术中纤维胆道镜取石优于术后经 T 管窦道取石。腹腔镜下缝合切开的胆总管有一定难度,胆总管切口以能取出结石为度。缝合胆总管时针距过小、过密容易造成胆管瘢痕性狭窄,针距过大则易导致术后 T 管脱落、胆漏。开腹胆总管切开取石术虽创伤大、恢复慢,但亦有其优点,对于手术中进镜困难和结石取出困难者或胆总管周围广泛粘连、局部解剖显示不清时,可考虑中转开腹手术以避免出现严重的手术副损伤。本组研究中 1 例患者因胆囊三角粘连严重中转开腹手术,术后未发生严重并发症。

不同的手术方式治疗胆总管结石各有优劣,但不能单纯的为了追求微创而选择微创手术,临床医师应该严格掌握各种手术方式的适应症及禁忌症。

[参考文献]

- [1] 陈训如. 微创外科在胆道外科疾病治疗中的地位[J]. 中华外科杂志,1999,37(1):695-696.
- [2] PHILLIP E H. New techniques for the treatment of common bile ductcalculi encountered during laparoscopic cholecystectomy[J]. Probl Gen Surg,1991,8(6):387.
- [3] 郑民华,张卓. 腹腔镜胆道探查的技术要点[J]. 肝胆外科杂志,2008,16(3):165-166.
- [4] 钱礼,郑树森,张启瑜,等. 钱礼腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:877.
- [5] YOSHIDA J,CHIJIIRWA K,SHIMIZU S,et al. Hepatolithiasis:outcome of eholangiospic lithotomy and diation of bile duct trieture [J]. Surgery,2004,23 (4):421-426.

(2013-07-06 收稿)