



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.024
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3999.shtml

· 简要论著 ·

伴肝硬化胆囊结石（息肉）腹腔镜保胆取石术的疗效评价

褚延魁, 王胜智, 刘育蕾, 康志龙

(中国人民解放军第三〇二医院 普通外科, 北京 100039)

摘要

目的: 探讨伴肝硬化的胆囊结石(息肉)经腹腔镜保胆取石术治疗的可行性。

方法: 回顾性分析伴肝硬化的胆囊结石(息肉)患者与无肝硬化胆囊结石(息肉)患者行腹腔镜保胆取石术的临床资料, 比较术中出血量、手术时间、术后住院时间、术后并发症发生情况, 评价伴肝硬化胆囊结石(息肉)患者腹腔镜保胆取石术的疗效。

结果: 两组胆囊结石(息肉)患者在实施腹腔镜保胆取石术时, 与无肝硬化及肝硬化代偿期患者相比, 合并肝硬化失代偿期患者的手术时间明显延长($P=0.001$), 术中出血量明显增多($P=0.004$), 术后住院天数明显延长($P=0.000$), 其术后的出血率及切口感染率也不同程度升高。对术后52例均进行随访, 其中17例随访时间超过1年, 26例随访时间超过3个月, 9例随访时间1个月。患者恢复良好, 无不良反应发生, 切口美观, 均无复发。

结论: 腹腔镜保胆取石术是治疗伴肝硬化胆囊结石(或息肉)的有效方法之一, 具有创伤小、并发症少等优点, 但是术前要将患者的肝功能调整到Child-Pugh B级或A级。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1129-1131]

关键词

胆囊结石 / 外科学; 肝硬化; 保胆取石, 腹腔镜

中图分类号: R657.4

随着对胆囊功能认识的不断深入及腹腔镜技术的不断发展, 腹腔镜保胆取石术已越来越多地用于临床。2013年1月—2014年6月间笔者对比观察了伴肝硬化胆囊结石(息肉)与无肝硬化胆囊结石(息肉)患者实施腹腔镜保胆取石术的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2013年1月—2014年6月间, 共选取胆囊结石(息肉)患者59例, 剔除中转开腹者7例, 最终研究对象共52例。患者年龄22~67岁, 平均

年龄43.6岁; 男23例, 女29例, 单发结石8例, 多发息肉9例, 多发结石39例, 结石最多者为12枚。

将其分为乙肝肝硬化失代偿期组(24例), 乙肝肝硬化代偿期组(13例), 对照组为无肝硬化组(15例)。

1.2 肝硬化诊断标准

以我院B超检查结果为标准, 结合临床表现及血清胆红素、天冬氨酸转移酶、丙氨酸氨基转移酶、白蛋白等指标, 将其分为肝硬化代偿期和肝硬化失代偿期。

1.3 腹腔镜保胆取石适应证

(1) 术前患者均行胆囊收缩功能测定, 胆囊收缩功能良好者。(2) 术前均行腹部B超检查, 结果显示胆囊大小、形态正常, 胆囊壁厚度 <0.3 cm、胆囊无萎缩者;(3) 无上腹部既往手术史;(4) 无严重心、肺、肝、肾疾病及其他手术禁忌;(5) 肝硬化

收稿日期: 2014-02-27; 修订日期: 2014-07-12。

作者简介: 褚延魁, 中国人民解放军第三〇二医院副主任医师, 主要从事微创外科方面的研究。

通信作者: 康志龙, Email: bjjjoan008@126.com

失代偿期的患者调整其肝功能在 Child-Pugh B 级或 A 级。

1.4 手术方法

气管插管全麻，麻醉成功后取平卧位，常规消毒术野皮肤，铺无菌巾单。麻醉成功后，取仰卧位，右侧抬高 20°，头高脚低 30°，常规消毒、铺单。右肋缘下锁骨中线斜形切口切开皮肤、皮下组织 1 cm，气腹针穿刺腹腔，有落空感确认进入腹腔后连接于气腹机，以目标压力 15 cmH₂O（1 cmH₂O=0.098 kPa），顺利建立人工气腹。切开 1 cm 皮肤，盲穿置入 10 mm Trocar，建立通道置入腹腔镜。

(1) 保胆取石术：自切口置入胆囊抓钳，无损伤抓钳钳夹胆囊底部提拉至切口皮下层，撤出腹腔镜，切口延成 3 cm 切口，充分显露胆囊底部，可吸收缝合线间断缝合牵拉预切开两端顶点，电凝纵行打开胆囊约 2 cm，吸取胆汁，置入胆道镜，胆道镜操作孔置入取石网篮，取出结石。(2) 胆道镜检查术：胆道镜再次检查胆囊内，未见结石残留，胆囊壁黏膜毛糙伴絮状物，未及超声所见息肉。可吸收缝合线连续往返缝闭胆囊切口，观察无漏胆、明显出血点，清点纱布、器械如数，于胆囊窝放置引流管 1 根经切口穿出固定，间断缝合切口，予以 3M 覆贴覆盖切口，手术结束。

1.5 统计学处理

所有数据均采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，应用 SPSS 软件进行分析，3 组间计数资料采用 χ^2 检验分析，组间分析检验水准 $\alpha=0.017$ ，以 $P<0.05$ 为有统计学意义。3 组组间计量资料，采用方差分析检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

3 组患者均手术成功，术后顺利出院。肝硬化失代偿期组手术时间为 (80.20 ± 16.77) min、术中出血量为 (37.08 ± 27.26) mL、术后住院时间为 (7.83 ± 2.26) d，明显高于其他两组 ($P=0.001$, 0.004, 0.000)；肝硬化代偿期组与无肝硬化组的手术时间、术中出血量、术后住院时间无统计学差异 ($P=0.399$, 0.488, 0.849) (表 1)。肝硬化失代偿期组与肝硬化代偿期的术后出血率和切

口感染率分别为 12.5%，7.7% 和 25%，15.4%，无肝硬化组的术后出血率和切口感染率均为 0 (表 2-3)。

表 1 两组患者手术时间、术中出血、术后住院时间比较

组别	n	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	术后住院时间 (d)
肝硬化失代偿期组	24	37.08 ± 27.26	80.20 ± 16.77	7.83 ± 2.26
肝硬化代偿期组	13	20.38 ± 14.20	67.30 ± 15.89	4.38 ± 0.96
无肝硬化组	15	14.33 ± 11.32	62.67 ± 6.78	4.27 ± 0.70
F		6.20	7.749	30.209
P		0.004	0.001	0.000

表 2 两组患者术后出血比较 (n)

组别	n	有出血	未出血	出血率 (%)
肝硬化失代偿期组	24	3	21	12.5
肝硬化代偿期组	13	1	12	7.7
无肝硬化组	15	0	15	0
χ^2				2.031
P				0.362

表 3 两组患者术后切口感染情况比较 (n)

组别	n	切口感染	切口未感染	感染率 (%)
肝硬化失代偿期组	24	6	18	25.0
肝硬化代偿期组	13	2	11	15.4
无肝硬化组	15	0	15	0
χ^2				4.432
P				0.109

3 讨论

3.1 保胆取石术的优点及存在的问题

随着对胆囊功能的深入研究及腹腔镜的广泛应用，腹腔镜保胆取石术日渐成熟。腹腔镜保胆取石术具有微创，安全的特点^[1]，笔者认为尤其适合伴肝硬化的胆囊结石（息肉）患者。因肝硬化患者的肝功能、凝血功能异常，实施开腹手术时，术中更容易出现出血；并且保留了患者的胆囊，符合生理需求，更提高了患者术后的生存质量。

本研究显示，与无肝硬化及肝硬化代偿期的患者相比，伴肝硬化失代偿期的胆囊结石（或息肉）患者手术时间明显延长、术中出血量增多、术后住院时间也延长，考虑原因是其肝功能、凝血功能差，致手术中出血量增多，从而使手术时间延长。由于患者肝功储备差，抵抗力低，在术后容易出现感染、出血等并发症，本资料虽然 3 组间无统计学差异，

考虑可能与病例数较少有关,还是应该引起临床医生的重视。一旦出现并发症,住院的时间必然延长,因此术前患者肝功能的调整具有十分重要的意义。

胆囊结石的治疗目前存在的最大争议,在于结石的复发^[2],有报道1例保胆取石术后4年胆囊癌变的者,胆囊结石引起胆囊癌的发生率虽然很低,但一旦发生,其手术疗效很差。本组中52例均无复发,由于随访时间短,今后还要定期随访患者,以获得更多数据。

3.2 手术适应证和禁忌证

不少学者^[3-7]提出保胆取石术应选择胆囊炎症状轻、胆囊收缩功能良好、胆囊壁无明显增厚,结石单发或<3枚的患者。多发结石曾为保胆取石术的禁忌证^[6-7],但笔者认为,随着腹腔镜技术及胆道镜技术的发展及手术医师技术的提高,多发结石不应视为保胆手术的绝对禁忌,本研究中结石最多者有数十枚。但伴肝硬化失代偿期的胆囊结石(息肉)患者,在手术前应将其肝功能调整至Child-Pugh B级或A级,本研究显示,无肝硬化和肝硬化代偿期的患者,其手术时间、术中出血量及术后住院时间均无统计学差异,且术后的并发症的发生率较低。

3.3 术中注意事项

一是术中注意操作轻柔,避免损伤胆囊切口外胆囊组织及胆囊管;二是尽量要取尽结石,并反复冲洗,确认胆囊口胆汁流出通畅,这是减少术后复发的重要手段;三是取石完毕后应再次置入胆道镜探查,确保无结石残留,尤其胆囊颈部嵌顿结石;四是术后应常放留置引流,少量渗血、胆瘘可通过引流自愈。术中的操作能有效减少患者术后并发症

发生的有效措施,本组52例患者中无胆漏等严重并发症。

综上,笔者认为腹腔镜保胆取石术是治疗伴肝硬化胆囊结石(息肉)患者的理想手术方式,但术前应严格掌握适应证,将患者的血清学指标调整至耐受手术的最佳状态,术后要定期随访患者,以总结更多经验。

参考文献

- [1] 刘建辉,邵青龙,魏银江,等.腹腔镜联合胆道镜保胆取石术的临床研究[J].中国普通外科杂志,2009,18(8):877-879.
- [2] 朱鸿波,韩宗明,张学贞.微创保胆术后胆囊功能恢复的影响因素分析[J].中国普通外科杂志,2014,23(2):174-177.
- [3] 施维锦.“切胆”与“保胆”之争的我见[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(5):360-362.
- [4] 褚延魁,鲁建国,高德明.微创保胆取石手术应思考的几个问题[J].中国普通外科杂志,2010,19(2):184-186.
- [5] 王坚,王昊陆,李可为.胆囊结石治疗策略的争论与选择:胆囊切除还是保胆取石[J].中国实用外科杂志,2011,31(1):44-46.
- [6] 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):1787-1788.
- [7] 吕尚东,方哲平,王爱东.腹腔镜联合胆道镜100例临床观察[J].肝胆胰外科杂志,2011,23(5):403-405.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式:褚延魁,王胜智,刘育蕾,等.伴肝硬化胆囊结石(息肉)腹腔镜保胆取石术的疗效评价[J].中国普通外科杂志,2014,23(8):1129-1131. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.024
Cite this article as: CHU YK, WANG SZ, LIU YL, et al. Therapeutic evaluation of laparoscopic cholecystolithotomy with gallbladder preservation for gallbladder stones (polyps) in patients with liver cirrhosis[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(8):1129-1131. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.024