

文章编号:1005-6947(2006)03-0234-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术的比较

查以柏

(湖北省浠水县中医院 外科, 湖北 浠水 438200)

摘要:按顺序抽取腹腔镜胆囊切除术(LC)病历110份,开腹胆囊切除术(OC)病历136份,笔者就两组病例的手术时间、切口长度、出血量及住院天数等资料进行回顾性分析和比较,结果显示:LC组在手术时间、切口长度、出血量及住院天数均短于或少于OC组。提示:LC优于OC,值得在基层推广与普及。

关键词:胆囊切除术,腹腔镜;胆囊切除术;对比研究

中图分类号:R657.4 **文献标识码:**B

我院于2003年4月—2005年10月共实施腹腔镜胆囊切除术114例,除4例中转开腹外,其余110例用腹腔镜成功完成手术,效果良好。笔者按时间顺序抽取开腹胆囊切除术(OC)病历136份作对照,与LC组进行比较,以期客观反映两种手术的优缺点。现报告如下。

收稿日期:2005-10-19; **修订日期:**2006-01-04。

作者简介:查以柏,男,湖北浠水人,湖北省浠水县中医院副主任医师,主要从事腹腔镜方面的研究。

通讯作者:查以柏 E-mail:zha-yibai@126.com。

口狭窄,胆管炎反复发作,1年后经再次手术痊愈出院。另1例肝门部横断者,术后出现黄疸、腹膜炎体征,第3天外院剖腹探查,发现无条件处理,右肝下及盆腔置引流,术后黄疸进一步加深,出现高热、休克,再次手术后第9天转入我院,行肝门部胆管成形,胆肠 Roux-en-Y 吻合,术后出现肝脓肿及门静脉血栓,仍在治疗。这提示我们一旦明确有肝外胆管损伤,应尽早到有条件的医院行再次手术,力争一次手术成功。

预防肝外胆管损伤应:(1)强调LC手术适应证的选择,应通过严格、仔细的术前检查,剔除一些不适合施行LC病例,如:急性发作3d以上,体温超过38.5℃,有明显的腹膜炎体征;B超检查提示胆囊颈部结石嵌顿,并形成炎性肿块,本组2例LC三管汇合部损伤患者就为胆囊颈部结石嵌顿。LC时还要恰当把握中转手术的指征,不应认为中转手术是LC的失败^[3]。Calot三角的结构不能明确时应及时中转开腹;胆囊切除后,仔细检查创面有无胆漏并检查切除的胆囊,怀疑胆管损伤及胆漏者,开腹探查。(2)注意术者与助手相互配合,细微操作:①术者必须保持注意力高度集中,谨慎操作,随时警惕胆管损伤发生的可能。②胆囊管的剥离仅限于安全区内进行,远端胆囊管的显露范围以能可靠上夹或结扎、剪断为限,不宜进行过多的解剖^[4],切忌大块组织的钳夹、切断。③助手牵拉胆囊应适度,避免因牵拉使肝总管与胆囊管夹角减小,误将肝外胆管认为是胆囊管上夹夹闭或结扎。LC施放胆囊管

1 临床资料

1.1 一般资料

为了使两组数据尽量客观准确,按时间顺序随机抽取LC病历110份,除外中转开腹病例。OC病历136份,两组均为单纯性胆囊切除术,均除外胆总管探查、胆肠吻合术病例。

(1)LC组:110例中,男38例,女72例,男:女=1.0:2.1。年龄24~72(平均49)岁。其中:胆囊结石101例,胆囊息肉8例,胆囊腺瘤1例。

钛夹时,应注意肝外胆管与胆囊管汇合部上方是空虚的。④术中出血时切勿盲目钳夹或电凝,应先冲洗清楚,看清出血部位后再上钛夹或电凝;电凝时避开钛夹,以免造成钛夹脱落或热力扩散,灼伤胆管。本组2例右肝管损伤即考虑由胆囊动脉分支损伤出血时上夹误伤或电灼所致。Carroll等^[5]分析了46例术中胆管损伤的病例,由于机械热效应引起的有3例,占6.52%,多在术后数日才出现症状,本组2例分别为术后第1和6天发现。

参考文献:

- [1] 刘永雄.“小”手术,大学问—谈作好胆囊切除术[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
- [2] 谢光亮,王璐邴.少见的胆囊及胆管解剖变异:附8例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):609-611.
- [3] Kanaan SA, Murayama KM, Merriam LT, et al. Risk factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy [J]. J Surg Res, 2002, 106(1):20-24.
- [4] 吴建斌,赵成功,李庆春,等.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤4例报告[J].中华消化内镜杂志,2000,17(2):109-110.
- [5] Carroll BJ, Birth M, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation [J]. Surg Endosc, 1998, 12(4):310-313.

(2) OC组:136例中,男40例,女96例,男:女=1.0:2.4。年龄26~69(平均43)岁。其中胆囊结石124例,胆囊息肉12例。

两组病例在年龄、男女比例、病种等方面具有可比性,无显著差异($P > 0.05$)。

1.2 统计学方法

使用成组资料和配对资料进行 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有显著性, $P < 0.01$ 表示差异非常显著性。

2 结果

LC组:手术时间27~150(平均57)min。切口长度(累计)4.7~6.6(平均5.6)cm。出血量5~50(平均10)mL。住院时间2~10(平均4.9)d。术后第3天出院76例,占70%。110例全部治愈,无死亡病例。术后发热4例,腹痛2例,毛细胆管漏1例,切口感染1例,均治愈。

OC组:手术时间40~205(平均110)min。切口长度12~20(平均14)cm。出血量20~150(平均40)mL。住院时间5~21(平均11)d。136例全部治愈,无死亡病例。术后发热26例,切口感染3例,切口裂开1例,肺不张1例,均治愈。

两组对比,LC组的平均切口长度和平均住院天数明显短于OC组,两组差异具非常显著性($P < 0.01$),其平均手术时间和平均出血量亦明显少于OC组($P < 0.01$)

3 讨论

3.1 与OC组相比较,LC组有如下优越性

3.1.1 创伤小,手术时间短,出血少 LC组的切口长度平均只有5cm,且分散在腹部3~4点,除皮肤外,不切割腹壁其他各层,几乎无血管神经损伤。而OC组手术切口长度平均14cm,腹壁各层均需锐性切割、肌肉撕裂或横断(斜切口),伤及血管神经。故损伤大、出血多,术后易发生出血、感染、裂开。且缝线作为异物永久存留。OC组切口并发症多于LC组。

OC组手术时间比LC组长53min,其原因:OC组的开、关腹时间比LC组长,开腹需10min,关腹需30min,共需40min。而LC组打孔只需5min,闭孔只需9min,共需14min,明显少于OC组。

LC组出血量明显低于OC组,其原因是:(1)LC组切口短、创伤小。(2)腹腔镜在腹腔内可放大6倍,即使是微小的血管出血,也能看得很清楚,且立出立止。(3)OC组用的是普通的手术刀和剪,LC组用的电凝钩,切割组织几无出血。

(4)LC组手术是在气腹状态下进行,此时腹腔有1.73kPa正压,相当于纱布压迫,故不易出血。

3.1.2 痛苦小,进食早,住院时间短,恢复快 (1)LC术后疼痛程度明显低于OC组。LC组有56例未使用止痛药,占54%,有50例手术当晚使用弱止痛剂(双氯酚酸钠栓),第2天全部未用止痛剂。OC组有1/2的患者需用强止痛剂(杜冷丁)。第2晚仍有1/3病例用止痛剂。(2)LC组全部病例均在手术后第1天开始进半流饮食,而OC组最早术后第2天,最迟术后第5天进半流饮食。因为LC组是在腹腔封闭状态下进行,头高左倾位的重力原因加上腹腔内1.73kPa的恒定压力将胃肠均匀的推向一侧,对腹腔干扰小,对胃肠几无刺激,术后对胃肠功能影响较小。而OC术中,腹腔呈开放状态,胃肠暴露在空气中,加上纱布的刺激,拉钩的牵拉,对腹腔无疑干扰较大。LC组术后活动时间与进食时间基本一致,如无并发症,术后第1天都能下床活动,1周即可恢复正常。而OC组因切口长,疼痛重,患者大都不愿活动,术后最早2d,最迟5d才能下床,完全恢复大约需10~15d。

3.2 与OC比较,LC有如下缺点:手术适应证范围小,并发症严重,费用高

LC能做的手术,OC一定能做,而OC能做的,LC不一定都能做。不是每个胆囊结石的患者都适合作LC,LC术仅适用于单纯性胆囊结石、胆囊炎、胆囊息肉等良性疾病。如果胆囊结石合并胆总管结石,或合并重症胆囊炎或慢性胆囊炎有瘢痕粘连,胆囊萎缩,三角区解剖不清等必须开腹手术。

由于LC是在腹腔封闭状态下进行,手眼不能直接接触。医生不能直接观察腹内情况,只能通过电视间接观看二维图像,与人的直觉有一定的差距。如果粘连重,炎症水肿明显,失去正常解剖结构与形态,则容易发生胆管损伤,出血等严重并发症,甚至危及生命。而OC直观、暴露好,能用手直接操作,解剖较容易,结扎牢固,故发生严重并发症相对较少。根据毛静熙等^[1]报告,LC严重并发症发生率为0.93%,而OC仅为0.29%,低于LC。

我院目前LC的手术费用每台高于OC手术千元以上。OC费用较低,且安全,效果好,对于经济困难的胆结石患者,选择OC同样是明智之举。

参考文献:

- [1] 毛静熙,陈训如,王世清,等.腹腔镜胆囊切除750例与剖腹胆囊切除350例对比分析[J].中国实用外科杂志,1993.13(11):673-674.