

微创内镜保胆术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊息肉疗效比较

赖光芒, 黄宏伟, 陈志伟

(普宁市人民医院普外科, 广东 普宁 515300)

【摘要】 目的 比较微创内镜保胆术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊息肉的临床疗效。方法 选取我院普外科2012年1月至2014年7月收治的80例胆囊息肉患者作为研究对象,按随机数表法将其分为观察组和对照组,每组40例。观察组给予微创内镜保胆术治疗,对照组给予腹腔镜胆囊切除术治疗,比较两组患者的治疗效果。结果 观察组患者的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、恢复进食时间、住院时间分别为(50.1±8.5) min、(10.1±2.1) mL、(16.9±3.6) h、(1.6±0.3) d、(4.3±0.8) d,均明显短于对照组的(61.4±9.7) min、(16.6±2.7) mL、(28.3±5.2) h、(3.7±0.6) d、(8.9±1.3) d,差异均有显著统计学意义($P<0.01$);观察组患者术后疼痛、恶心呕吐、远期并发症发生率分别为27.50% (11/40)、15.00% (6/40)、12.50% (5/40),均显著低于对照组的72.50% (29/40)、60.00% (24/40)、47.50% (19/40),差异均有显著统计学意义($P<0.01$)。结论 相对于腹腔镜胆囊切除术,微创内镜保胆术治疗胆囊息肉具有创伤小、疗效好、并发症少、恢复快等优点,值得临床推广应用。

【关键词】 腹腔镜;胆道镜;胆囊息肉;保胆术;胆囊切除术;疗效

【中图分类号】 R657.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2016)13-2206-02

随着人们对于健康的重视以及B超等临床诊断技术的发展,胆囊息肉检出率呈明显上升趋势^[1]。手术治疗是胆囊息肉的主要治疗方法,传统的腹腔镜下胆囊切除术创伤大,可能损伤胆道,无法保留胆囊导致胆汁贮备不足,会引发消化不良等一系列问题,对患者的生活质量产生不良影响^[2]。而随着内镜技术的发展以及临床对于胆囊功能认识的深入,微创内镜保胆取息肉术被逐渐应用于临床。为进一步探讨微创内镜保胆术在胆囊息肉中的应用价值,笔者对我院近年来收治的胆囊息肉患者分别给予微创内镜保胆术与腹腔镜胆囊切除术治疗,现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院2012年1月至2014年7月收治的80例胆囊息肉患者作为研究对象,所有患者均经B超、胆囊彩超、CT等确诊,且均为良性病变。按随机数表法将其分为观察组和对照组,每组40例,观察组中男性22例,女性18例;年龄26~65岁,平均(42.2±7.5)岁;病程1~8年,平均(4.32±0.84)年;单发胆囊息肉30例,多发胆囊息肉10例。对照组中男性24例,女性16例;年龄25~65岁,平均(41.6±7.9)岁;病程1~9年,平均(4.17±1.03)年;单发胆囊息肉31例,多发胆囊息肉9例。排除有上腹部手术史、胆囊息肉合并急性胆囊炎、凝血功能异常、肝肾功能障碍、心肺功能衰竭等患者。两组患者的一般临床资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 (1)观察组:该组患者采用微创内镜保胆术。全麻后患者取平卧位,于脐下缘做一横向切口,建立CO₂气腹,将压力控制在10~15 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),置入10 mm套管,于腹腔镜下观察胆囊情

况,并在其引导下选择右肋缘下墨菲点处长2~3 cm斜形切口,逐层切开,分开肌层,采取鼠齿钳穿透腹膜后提起胆囊底,进一步打开腹膜后将胆囊提至切口处,缝4根牵引线至胆囊底无血管区浆肌层,切开胆囊底,将胆汁吸出,随后插入胆道镜对胆囊进行探查,经胆道镜持续注入生理盐水使胆囊充盈,对胆囊腔至胆囊管开口行依次检查。电凝胆囊息肉根部血管后采取活检钳夹取息肉,迅速送检息肉排除恶性病变。仔细检查胆囊确保无残留息肉后,以冰生理盐水反复冲洗胆囊腔,待出血停止,胆囊管见胆汁流出后即可退出胆道镜。对胆囊底部切口进行连续外翻缝合,还纳胆囊至腹腔内,于腹腔内重新注入CO₂,再次以腹腔镜探查,切口缝合满意后将腹腔残留积液吸尽,撤出腹腔镜,将腹腔内气体排空后缝合腹部切口。(2)对照组:该组患者采用胆囊切除术。腹腔镜置入方式同微创内镜保胆术组,经腹腔镜观察胆囊情况,穿刺剑突、腋前肋并置入10 mm套管,随后分离腹壁及胆囊,提起胆囊后切除。若胆囊解剖位置不明,可先剥离胆囊,如有腹壶膨大情况,则钝性分离三角区,尽量提升腹壶,再做切除;若胆囊管增粗,采取阶梯上夹法关闭胆囊管,切除胆囊。术后常规使用抗生素以防感染。

1.3 观察指标 比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、恢复进食时间、住院时间、术后疼痛、恶心呕吐发生率。对所有患者进行1年随访,观察记录患者的远期并发症情况,包括消化不良、慢性腹泻、精神不振等,同时记录观察组的复发情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS21.0统计软件进行数据分析,计数资料比较采取 χ^2 检验,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采取 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的相关手术指标比较 观察组患者的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、恢复进食时间、住院时间均明显短于对照组,差异均具有显著统计学意义($P<0.01$),见表1。

表1 两组患者的相关手术指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出 血量(ml)	肛门排气 时间(h)	恢复进食 时间(d)	住院时间 (d)
观察组	40	50.1±8.5	10.1±2.1	16.9±3.6	1.6±0.3	4.3±0.8
对照组	40	61.4±9.7	16.6±2.7	28.3±5.2	3.7±0.6	8.9±1.3
<i>t</i> 值		7.33	15.90	15.08	26.19	25.21
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 两组患者术后疼痛、恶心呕吐、远期并发症比较 观察组术后疼痛、恶心呕吐、远期并发症发生率均显著低于对照组,差异均具有显著统计学意义($P<0.01$),见表2。观察组复发1例(2.50%),对照组无复发病例。

表2 两组患者术后疼痛、恶心呕吐及远期并发症情况比较[例(%)]

组别	例数	术后疼痛	术后恶心呕吐	远期并发症
观察组	40	11(27.50)	6(15.00)	5(12.50)
对照组	40	29(72.50)	24(60.00)	19(47.50)
χ^2 值		16.200	17.280	11.667
<i>P</i> 值		<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

胆囊息肉临床主要采取手术进行治疗,传统的手术方法为腹腔镜下胆囊切除术^[3]。尽管胆囊切除术可彻底解决胆囊疾病问题,术后不存在复发及胆囊息肉恶变风险,但越来越多的临床研究发现,胆囊切除后可引起诸多严重并发症。胆囊是人体内重要器官,正常情况下,胆囊可通过吸收、分泌与运动而起到浓缩、储存及排出胆汁的作用^[4]。由于胆囊是机体胆汁酸储存库,一旦切除胆囊可使胆汁酸代谢发生改变,进而引起诸多并发症,如引起消化不良、腹泻、腹胀、反流性胃炎等一系列消化道问题,术中还可造成胆道损伤^[5]。此外,胆囊切除后可使胆总管出现代偿性扩张,增加胆总管结石发生的风险。微创内镜保胆术是在游离的胆囊底部进行的,可防止胆囊切除术解剖胆囊三角引起医源性胆道损伤及血管损伤,故具有创伤小、术后恢复快、并发症少等优点^[6]。微创内镜保胆术在摘取胆囊息肉的同时可对息肉进行病理检查,可以早期发现和处理的胆囊的恶性病变,如无恶性病变也可解除患者的担忧;另外,保胆取息肉术保留了胆囊功能,可维持正常的胆汁贮存、浓缩及排泄途径,对全身影响小,相对于胆囊切除术,保胆术患者术后的生活质量明显提高^[7]。鉴于此,近年来微创内镜保胆术治疗胆囊息肉或结石逐渐受到重视并被越来越多地应用于临床^[8]。

微创内镜保胆术临床主要使用的手术方式有3种:小切口、完全腹腔镜和腹腔镜辅助。本研究采取的是

第3种方式,手术过程中先采取腹腔镜探查,明确胆囊位置后钳夹胆囊,再应用小切口法予以保胆。在保胆术中为确保将息肉取净,术中需联合使用胆道镜对胆囊腔及胆囊管进行仔细、反复观察。由于胆道镜镜头端可随意弯曲,故可根据手术需要而改变方向,通过胆道镜可清晰观察到胆囊息肉分布情况、大小、数目、性状等,故能有效消除术中观察盲区,防止息肉残留^[9]。本研究中,观察组患者的手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、恢复进食时间、住院时间均显著短于对照组,提示腹腔镜联合胆道镜保胆取息肉手术治疗胆囊息肉手术创伤更小、患者术后恢复更快。此外,观察组术后疼痛、恶心呕吐、远期并发症发生率分别为27.50%、15.00%、12.50%,相对于对照组(胆囊切除术)患者的72.50%、60.00%、47.50%明显降低,提示保胆术治疗胆囊息肉对机体正常的生理功能影响更小。目前关于保胆术应用存在争议的主要是术后可能存在较高的复发率。本研究中,观察组患者术后随访1年复发率仅为2.50%,与谷建斌等^[10]研究中的复发率3.13%近似。由此可见,微创内镜保胆术并不会导致术后复发率大幅上升。

综上所述,微创内镜保胆术治疗胆囊息肉可保留胆囊功能,维持人体正常的生理消化功能。相对于胆囊切除术,保胆术的创伤小、疗效好、并发症少、恢复快,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李之令,张东,刘江伟,等.微创内镜保胆取息肉术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊息肉的对比研究[J].中国普通外科杂志,2013,22(2):188-191.
- [2] 樊华,张生军.胆道镜保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石效果比较的Meta分析[J].临床肝胆病杂志,2015,31(10):1665-1670.
- [3] 阚艳敏,马琳,轩兴铁.术前超声在腹腔镜胆囊切除术中的应用价值[J].海南医学,2014,25(9):1368-1369.
- [4] 张晓宇,郑大荣,唐敏,等.腹腔镜下保胆取石术与胆囊切除术治疗老年胆囊结石的比较[J].中国临床研究,2015,28(9):1196-1198.
- [5] 王彬,黄强.双镜联合保胆取石与胆囊切除术治疗胆囊结石的疗效及安全性比较[J].中国内镜杂志,2015,21(9):936-939.
- [6] 柯昌松.胆囊息肉并发胆囊结石行腹腔镜联合胆道镜治疗的临床效果及安全性分析[J].现代消化及介入诊疗,2015,20(4):416-418.
- [7] 于晓鹏,吴硕东,于宏,等.腹腔镜联合胆道镜两孔法保胆息肉摘除术40例[J].中国现代普通外科进展,2015,18(1):26-29.
- [8] 陈勇,肖钟,邓如兵,等.“三镜”联合保胆取石及胆囊切除术治疗胆囊结石合并胆总管结石疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2015,24(25):2812-2814.
- [9] Bansal VK, Misra MC, Rajan K, et al. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial [J]. Surg Endosc, 2014, 28(3): 875-885.
- [10] 谷建斌,张国欣,张景承,等.腹腔镜联合胆道镜保胆取息肉112例临床分析[J].临床军医杂志,2015,43(1):7-9.

(收稿日期:2015-12-14)