

规则性肝切除治疗复杂性肝内胆管结石的效果观察

张校阳

(河南省伊川县人民医院外三科 伊川 471300)

摘要:目的:探究规则性肝切除手术对复杂性肝内胆管结石的临床治疗效果。方法:选取 2010 年 12 月~2015 年 12 月在我院接受手术治疗的 50 例复杂性肝内胆管结石患者为研究对象,按手术方法的不同将患者分为对照组和实验组,每组 25 例。对照组实施非规则性肝切除治疗,实验组实施规则性肝切除治疗。观察两组的治疗优良率与不良反应发生率。结果:实验组优良率为 96.0%,明显高于对照组的 72.0%;实验组不良反应发生率为 4.0%,明显低于对照组的 24.0%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:规则性肝切除手术治疗复杂性肝内胆管结石临床效果较好,安全性较高。

关键词:肝内胆管结石;规则性肝切除;治疗效果

中图分类号:R657.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.036

肝内胆管结石一般是由于胆汁滞留、胆道细菌感染或寄生虫感染等多种因素导致。人体毛细胆管较细,结石形成之后很难排出,因此很容易造成胆管梗阻,并引发多种病症,对患者身体健康造成极大的危害,严重时甚至危及患者生命,因此,需要进行及时有效的治疗^[1]。复杂性肝内胆管结石临床常进行手术治疗,手术方法包括规则性肝切除术和非规则性肝切除术两种。规则性肝切除术是以肝叶或肝段为单位,对于病变区域进行彻底切割的手术方法,而非规则性肝切除术则是沿着病灶边缘将病灶进行切除的手术方法^[2]。大多研究表明,规则性肝切除术治疗复杂性肝内胆管结石的临床效果更佳^[3]。本研究选取 2010 年 12 月~2015 年 12 月在我院接受手术治疗的 50 例复杂性肝内胆管结石患者为研究对象,探究规则性肝切除手术治疗复杂性肝内胆管结石的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 12 月~2015 年 12 月在我院接受手术治疗的 50 例复杂性肝内胆管结石患者,按手术方法的不同将患者分为对照组和实验组,每组 25 例。对照组男 12 例,女 13 例;年龄 33~52 岁,平均年龄(41.89±2.16)岁;病程 2~8 年,平均病程(5.36±1.58)年。实验组男 11 例,女 14 例;年龄 35~51 岁,平均年龄(42.12±2.88)岁;病程 1.5~9 年,平均病程(5.43±1.87)年。两组的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

1.2 手术方法 对照组采用非规则性肝切除术,先对患者进行全麻,取仰卧位,在患者肋缘下约 3 cm 处作斜切口,切开之后将肝周围韧带游离,并将病灶暴露于视野中,沿着病灶外部边缘约 1.5 cm 处将病灶切割后,将肝脏胆管、血管等进行结扎,并对创面及断面进行止血操作,最后进行缝合与固定。实验组采用规则性肝切除术,同样对患者进行全麻,取仰卧位,切口位置与对照组相同,将病灶暴露之后,将

第一肝门解剖,如肝门出现大出血,可用止血带阻断肝门,然后按照肝叶分界标准将病灶进行切除,切除后止血、缝合操作与对照组相同。规则性肝切除术的关键是以肝段为单位,对左右肝结石累及肝段肝叶进行切除。

1.3 观察指标 观察两组患者手术后的效果及不良反应发生情况。手术效果判定指标:优:手术成功,患者相关临床症状基本消失,半年内未出现复发情况;良:手术成功,患者临床症状有所改善,偶有复发现象;差:手术成功,但是病灶切除不完全,患者临床症状仍然出现。优良率=(优+良)/本组患者例数×100%。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,用百分比(%)表示计数资料,采用 χ^2 检验;用($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组的手术优良率比较 对照组的优良率为 72.0%,实验组的优良率为 96.0%,对照组的优良率明显低于实验组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者优良情况比较[例(%)]					
组别	n	优	良	差	优良
对照组	25	10(40.0)	8(32.0)	7(28.0)	18(72.0)
实验组	25	17(68.0)	7(28.0)	1(4.0)	24(96.0)
χ^2		2.92	0.37	5.36	5.36
P		0.09	0.54	0.02	0.02

2.2 两组的不良反应发生率比较 手术后,对照组出现胆漏 1 例,切口感染 2 例,肝创面渗血 2 例,肺部感染 1 例,不良反应发生率为 24.0%;实验组出现切口感染 1 例,不良发应发生率为 4.0%。两组不良反应发生率比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

与普通的肝内胆管结石相比,复杂肝内胆管结石指的是存在以下情况两种以上者:(1)有胆道手术

史;(2)弥漫性结石分布于Ⅱ级以上肝内胆管;(3)有胆道狭窄或局部肝脏萎缩;(4)合并有肝硬化、重症胆管炎、门静脉高压或肝脓肿等肝内炎性病灶。其治疗原则为取结石、解梗阻、切病因、通引流^[4]。肝胆结石的病理改变多涉及整个胆管树的一个或几个区域,病变胆管树呈区域分布,以相应肝叶或肝段为累及单位分布。但非规则性肝叶切除术是按需要切除病灶组织,并不遵从肝内管道的解剖学分布,手术中易存在部分病变不明显病灶切除不彻底的情况。有相关文献^[5]指出,规则性肝切除术具有较多优势,例如病灶切除较为彻底、残留率低,可降低患者复发的概率,同时,规则性肝切除术手术过程中及术后出血量较少、可有效降低不良反应发生率。笔者认为,规则性肝切除术的优势在于术中能有效保证肝脏完整解剖结构和在最大化功能体积的情况下完整切除肝脏病灶,并且根据解剖学分布对肝脏进行缝合,能有

效控制术中出血及手术性创伤,保证患者的康复效果。本研究结果显示,实验组的优良率为 96.0%,明显高于对照组的 72.0%,实验组的不良反应发生率为 4.0%,明显低于对照组的 24.0%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述,规则性肝切除术治疗复杂性肝内胆管结石效果较好,安全性较高。

参考文献

[1]刘爽峰,余益民.规则性肝段或肝叶切除术治疗复杂性肝内胆管结石的疗效临床观察[J].肝胆外科杂志,2015,23(5):384-386
[2]柏宇,石刚,姜杰林,等.手术治疗复杂性肝内胆管结石的临床分析[J].现代生物医学进展,2014,14(14):2711-2713
[3]鲁德斌,李乔林.规则性肝切除并胆管镜在肝内胆管结石治疗中的应用研究[J].海南医学院学报,2016,22(6):562-564
[4]吴杨,黄强,胡元国,等.手术治疗复杂性肝内胆管结石的临床分析[J].肝胆外科杂志,2012,20(5):355-356
[5]屈珍生,刘兵.肝切除术治疗肝内胆管结石的疗效观察[J].吉林医学,2016,37(11):2715-2716

(收稿日期:2016-12-23)

腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔 40 例

景小松 宋展 吕柯 王耿泽

(河南省南阳市中心医院 南阳 473009)

摘要:目的:研究腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔临床可行性。方法:研究对象为我院 2014 年 1 月~2016 年 4 月胃穿孔患者 80 例,随机分为两组,传统组采取传统的开腹手术进行治疗;腹腔镜组采用腹腔镜下胃穿孔手术治疗。将两组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量和胃穿孔治疗效果、术后并发症发生率进行比较。结果:腹腔镜组胃穿孔治疗总有效率明显高于传统组,术后并发症发生率明显低于传统组, $P<0.05$ 。腹腔镜组患者消化道功能恢复时间、术后住院平均天数、术中平均出血量、术后平均引流量均明显优于传统组, $P<0.05$ 。结论:腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔效果确切,可有效缩短消化道功能恢复时间,减少引流量和出血,术后住院时间短,值得推广应用。

关键词:胃穿孔;腹腔镜;胃穿孔手术;临床可行性

中图分类号:R656.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.037

胃穿孔为常见多发急腹症,发病急,且处理不及时或处理不当可对患者生命安全造成威胁。临床上胃穿孔的类型较多,如溃疡性穿孔、创伤性穿孔、癌变性穿孔等。胃穿孔多在溃疡极度活跃的情况下发生,患者可伴随便秘、恶心呕吐等临床症状,治疗不及时可引发严重腹膜炎,对患者生命安全造成威胁。传统对于胃穿孔的常用手术方法为开腹手术,但时间长且手术后恢复慢^[1-2]。近年来,随着微创技术不断发展,腹腔镜下胃穿孔手术在胃穿孔治疗中逐渐成为首选方案,优势凸显。本研究探讨了腹腔镜下胃穿孔手术治疗胃穿孔临床可行性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为我院 2014 年 1 月~2016 年 4 月胃穿孔患者 80 例,随机分为传统组和腹腔镜组各 40 例。所有患者均符合胃穿孔诊断标

准,经胃镜检查 and X 线检查确诊,除外胃癌,所有患者既往无胃出血、梗阻和溃疡史,对本研究均知情同意,均自愿参与本次研究。所有患者均行胃修补术。传统组男 29 例,女 11 例;年龄 23~77 岁,平均年龄为 (44.24 ± 2.13) 岁;发病 2.5~35 小时,平均 (13.21 ± 2.35) 小时;其中胃幽门管穿孔 20 例,胃窦前壁穿孔 11 例,胃窦后壁穿孔 6 例,其他部位 3 例。腹腔镜组男 30 例,女 10 例;年龄 23~75 岁,平均年龄为 (44.14 ± 2.18) 岁;发病 2.5~35 小时,平均 (13.34 ± 2.32) 小时;其中胃幽门管穿孔 20 例,胃窦前壁穿孔 12 例,胃窦后壁穿孔 5 例,其他部位 3 例。两组患者一般资料比较差异不显著。

1.2 治疗方法 传统组采取传统的开腹手术进行治疗。腹腔镜组采用腹腔镜下胃穿孔手术治疗。全身麻醉,平躺体位,腹腔镜下清理患者腹部脓液,并探查腹部,用吸引器将腹腔脓性渗液吸引后,用手术纱