

不同入路腹腔镜手术治疗胆囊结石伴慢性胆囊炎的临床疗效

郭洋

(辽宁省宽甸满族自治县中心医院 宽甸 118200)

摘要:目的:观察不同入路腹腔镜手术治疗胆囊结石伴慢性胆囊炎(CC)的临床疗效。方法:选择 2019 年 1 月~2020 年 12 月治疗的 110 胆囊结石伴 CC 患者,按随机数字表法将其分为对照组和观察组,各 55 例。两组均行腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗,对照组采用经胆囊三角解剖入路,观察组采用经胆囊后三角解剖入路。比较两组术中指标、住院时间、炎症介质水平及并发症发生情况。结果:观察组术中出血量少于对照组,手术时间及住院时间短于对照组,术后白介素-6、C 反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 水平均低于对照组,并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对胆囊结石伴 CC 患者行经胆囊后三角解剖入路 LC 术治疗创伤小、恢复快,能够避免严重炎症反应的发生,减少并发症,可作为治疗胆囊结石伴 CC 的一种安全、有效术式。

关键词:胆囊结石;慢性胆囊炎;胆囊后三角解剖入路;胆囊三角解剖入路;腹腔镜胆囊切除术;炎症反应;并发症
中图分类号:R657.42 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.038

胆囊结石属于胆管系统病变,多伴有慢性胆囊炎(CC),对患者日常生活及生命健康影响较大。目前手术为治疗胆囊结石伴 CC 的优选方法,其中腹腔镜胆囊切除术(LC)具有微创、美容效果好及恢复快等优点,已逐渐取代传统开腹手术^[1-2]。既往 LC 手术入路途径主要以经胆囊三角解剖入路为主,但易出现因解剖不当造成胆管损伤,若合并胆囊三角粘连,则会增加手术难度^[3]。近年来经胆囊后三角解剖入路的 LC 术治疗胆囊结石伴 CC 已成为临床研究的重点,该入路方式便于解剖三角区,可对肝外胆管解剖结构及其异常情况进行观察^[4]。鉴于此,本研究观察不同入路腹腔镜手术治疗胆囊结石伴 CC 的临床疗效,以探寻一种最佳的 LC 解剖入路。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究获医院医学伦理委员会批准。选择 2019 年 1 月~2020 年 12 月我院治疗的 110 胆囊结石伴 CC 患者,按随机数字表法将其分为观察组和对照组,各 55 例。观察组男 31 例,女 24 例;年龄 23~76 岁,平均年龄(49.27 $\pm$ 5.60)岁;体质指数(BMI)17.5~25.0 kg/m²,平均 BMI (21.43 $\pm$ 0.59) kg/m²;结石直径 0.8~3.5 cm,平均结石直径(2.23 $\pm$ 0.41) cm;伴有胆囊三角粘连患者 34 例。对照组男 29 例,女 26 例;年龄 22~78 岁,平均年龄(50.07 $\pm$ 5.54)岁;BMI 18.0~25.0 kg/m²,平均 BMI (21.37 $\pm$ 0.62) kg/m²;结石直径 1.0~3.5 cm,平均结石直径(2.20 $\pm$ 0.43) cm;伴有胆囊三角粘连患者 35 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:患者签署知情同意书;均经超声及 CT 检查确诊;具有 LC 手术适应证。(2)排除标准:存在失语或精神疾病史;合并心、

肝、肾功能不全;处于妊娠、哺乳期。

1.3 手术方法 两组均采用 LC 治疗:三孔法手术,采用气管插管全麻,取头高足低左倾 30° 位,常规建立气腹,气腹压 12~14 mm Hg。对照组采用经胆囊三角解剖入路:腹腔镜置入探查腹腔,并对胆囊及是否伴有胆囊三角粘连进行观察,针对存在粘连的患者进行机械分离,将胆囊三角、肝门显露,分离胆囊动脉、胆囊管,切除胆囊。观察组采用经胆囊后三角解剖入路:腹腔镜置入探查腹腔,并对胆囊及是否伴有胆囊三角粘连进行观察,对肝十二指肠韧带、胆总管窗、胆囊壶腹部进行确定,显露胆囊后三角区,切开浆膜(经胆囊底体交界处后缘)至胆总管上段,显露胆囊壶腹部、胆囊管,处理胆囊后支动脉,显露 Calot 三角,取切口于壶腹部,分离 Calot 三角内浆膜层并穿通前后三角,对胆囊管、肝总管及胆总管进行辨识,胆囊三角敞开,离断并夹闭胆囊管,胆囊切除。

1.4 评价指标 (1)临床指标:术中指标(手术时间、出血量)及住院时间。(2)炎症介质:采集两组空腹静脉血,采用酶标仪(Bio-RAD550 型,美国 Bio-RAD 公司提供)及配套试剂检查,采用酶联免疫吸附法测定白介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α),两次测定时间分别为术前、术后 1 d。(3)并发症:胆瘘。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计数资料以%表示,用 χ^2 检验;计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标比较 观察组术中出血量较对照组少,手术及住院时间较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术中出血量(ml)	手术时间(min)	住院时间(d)
对照组	55	51.37± 6.26	45.72± 8.95	6.07± 1.42
观察组	55	36.84± 5.28	31.06± 5.74	5.29± 1.25
t		13.158	10.225	3.058
P		0.000	0.000	0.003

2.2 两组炎症介质水平比较 两组术前 IL-6、CRP、TNF-α 比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 观察组术后 IL-6、CRP、TNF-α 较对照组低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平比较($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-6 (ng/L)	CRP (mg/L)	TNF-α (ng/L)
术前	对照组	55	10.26± 2.83	12.34± 2.13	13.47± 3.35
	观察组	55	10.19± 2.70	12.29± 2.09	13.12± 3.56
	t		0.133	0.124	0.531
	P		0.895	0.930	0.597
术后	对照组	55	29.67± 5.79*	36.17± 7.12*	22.91± 7.83*
	观察组	55	16.41± 3.24*	28.30± 6.41*	18.74± 6.20*
	t		14.822	6.092	3.096
	P		0.000	0.000	0.003

注:与同组术前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组并发症比较 观察组并发症总发生率较对照组低,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症比较[例(%)]

组别	n	胆瘘	出血	胆管损伤	切口感染	总发生
对照组	55	1 (1.82)	2 (3.64)	3 (5.45)	2 (3.64)	8 (14.55)
观察组	55	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.82)	1 (1.82)	2 (3.64)
χ ²						3.960
P						0.047

3 讨论

胆囊结石与 CC 往往伴随发病, 随着病情的进展, 会加重对胆囊的影响, 甚至引发胆囊积水、胆囊癌, 威胁患者生命健康。目前 LC 术是治疗胆囊结石伴 CC 最为有效和直接的方法, 具有治疗效果确切、微创等优势, 已获得患者及医师的高度认可, 成为胆管疾病外科较为重要术式^[5-6]。术中对胆囊管、肝总管及胆总管进行准确辨别并分离, 为保障 LC 成功的重点所在, 但若 Calot 三角区解剖结构模糊, 采用经 Calot 三角入路会增加胆管损伤的风险^[7]。

LC 常用的手术入路途径包括经胆囊三角解剖入路、经胆囊后三角解剖入路 2 种, 而经胆囊三角解剖入路无法避开胆囊动脉, 分离难度大, 极易造成血

(上接第 47 页)联合单孔腹腔镜切除治疗的可行性探讨[J].现代诊断与治疗,2017,28(15):2858-2859.

[3]中华医学会.临床诊疗指南·肿瘤分册[M].北京:人民卫生出版社,2009.46-47.

[4]张琪,李健.超声内镜及其新技术在胃肠道黏膜下肿物诊断中的应用[J].中华结直肠疾病电子杂志,2019,8(3):277-280.

[5]杨宪武,杨宏伟,李红玉,等.超声内镜下黏膜切除术在上消化道病变治疗中的应用观察[J].临床误诊误治,2017,30(5):64-67.

[6]李玉强,孙东方,薛小飞.腹腔镜切除与内镜联合治疗胃肠道肿瘤的临床效果[J].临床医学研究与实践,2018,3(33):11-12.

[7]邓兆享,林文浩,彭杰雄,等.胃蛋白酶原、胃泌素 17 和细胞毒素相

管或胆管损伤,不利于患者术后恢复^[8]。胆囊后三角易分离且位置固定, 经胆囊后三角解剖入路行 LC 治疗操作间隙大, 有利于清晰显示胆囊后三角, 鉴别胆总管、胆囊管及胆囊壶腹的关系, 便于术中处理。同时可以将 Calot 三角内胆囊动脉等避开, 利于观察 Calot 三角内结构并处理, 降低胆管损伤的发生风险^[9]。有研究发现, 手术会对患者造成一定的损伤, 诱发炎症反应, 且炎症反应严重程度与手术创伤严重程度之间具有密切联系, 故术后早期监测炎症反应指标变化能够对手术创伤进行评估^[10]。本研究结果显示, 较对照组, 观察组术中出血量、并发症总发生率较少, 手术及住院时间较短, 术后 IL-6、CRP、TNF-α 较低。提示与经胆囊三角解剖入路相比, 经胆囊后三角解剖入路行 LC 治疗胆囊结石伴 CC 手术耗时短、出血量少, 可减轻对患者机体的损伤, 减少相关并发症发生, 有利于患者术后恢复。

综上所述, 经胆囊后三角解剖入路行 LC 治疗胆囊结石伴 CC 创伤小、并发症少, 可避免严重炎症反应的发生, 加快患者术后恢复。

参考文献

[1]韩肃,陈西兰.腹腔镜胆囊切除术对慢性胆囊炎伴胆结石患者细胞因子及氧化应激反应的影响[J].安徽医学,2018,39(2):174-178.

[2]方旭东,姚宁,姜朝晖,等.腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎的效果分析[J].腹腔镜外科杂志,2018,23(5):371-373.

[3]沈剑涛,汪东树,宋康頔.经胆囊后三角解剖入路腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石伴慢性胆囊炎的临床疗效[J].医学综述,2019,25(18):3741-3744,封 3.

[4]尚志文.后三角优先入路在急性结石性胆囊炎 LC 术中的临床效果观察[J].肝胆外科杂志,2018,26(4):296-298.

[5]赵国平,胡建平,王吉荣,等.腹腔镜胆囊切除术治疗 86 例急性结石性胆囊炎患者的临床效果[J].临床肝胆病杂志,2018,34(3):517-520.

[6]尉鹏,夏清华,唐学虎,等.腹腔镜胆囊切除术治疗慢性胆囊炎伴胆结石的临床疗效及安全性分析[J].国际外科学杂志,2018,45(3):177-182.

[7]金铭亚,钱增曦.胆囊三角区严重粘连腹腔镜下的解剖特点及重要胆管损伤的预防[J].肝胆胰外科杂志,2018,30(5):420-422.

[8]陈宏存,汤大伟,张军,等.Rouviere 沟为导向的胆囊三角解剖法在困难腹腔镜胆囊切除术中的应用[J].肝胆外科杂志,2019,27(2):128-131.

[9]顾宏,阮汝娟,卢小冬.经胆囊后三角解剖入路腹腔镜手术治疗胆囊结石伴慢性胆囊炎患者临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(4):507-510.

[10]崔传义,汪琦,陈玲,等.清胆排石汤辅助开腹取石保胆术对急性胆囊炎并胆结石患者免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平及机体应激反应的影响[J].中国中医急症,2018,27(12):2120-2122,2136.

(收稿日期: 2021-04-22)

关蛋白 A 检测在上消化道肿瘤中的价值[J].中国热带医学,2018,18(2):162-165,175.

[8]董曲文,陈晓,丁纪元.早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术前后血清胃泌素-17、糖类抗原-125 及胃蛋白酶原水平的变化和意义[J].中国内镜杂志,2020,26(2):37-42.

[9]王艳,张海燕,鹿博,等.超声内镜辅助内镜黏膜下剥离术治疗起源于固有肌层的胃黏膜下肿瘤的价值及影响因素分析[J].山西医药杂志,2018,47(9):971-974.

[10]张作君,彭涛.超声内镜下辅助腹腔镜切除治疗胃肠道黏膜下肿瘤的临床效果[J].中国医药导报,2021,18(7):148-151.

(收稿日期: 2021-05-15)