

## • 临床研究 •

## 腹腔镜下与传统开腹进行胆结石手术治疗效果对比

宁显辉

红河州石屏县中医医院 云南石屏 662200

**摘要:** **目的** 探究腹腔镜与传统开腹手术对胆结石的治疗效果对比。**方法** 纳入本院 2016 年 9 月-2017 年 8 月收治的 57 例胆结石患者, 并按照数字表法将其分为 2 组, 对照组实施传统开腹手术治疗, 观察组实施腹腔镜手术治疗。并对两组患者的手术时间、术中出血量、切口长度、肠鸣音恢复时间以及并发症发生率进行对比。**结果** 观察组患者手术时间、术中出血量、切口长度以及肠鸣音恢复时间均比对照组少 ( $P<0.05$ ); 观察组患者并发症发生率 6.90%, 明显比对照组的 32.13% 小 ( $P<0.05$ )。**结论** 腹腔镜手术对胆结石的治疗效果高于传统开腹手术, 且安全性较高。

**关键词:** 腹腔镜; 传统开腹; 胆结石; 治疗效果

**中图分类号:** R657.4

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-6647 (2018) 07-057-02

胆结石在临床上是一种常见的消化系统疾病, 最近几年, 胆结石的发病率越来越高, 因为大部分胆结石患者早期症状不显著, 如果发现其病史已经很长<sup>[1]</sup>。此外, 一些患者症状不显著, 通常对病情不够注重, 导致部分高风险并发症出现, 因此, 有效的治疗胆结石十分必要。伴随微创技术的持续发展, 腹腔镜手术在胆结石的治疗中被广泛应用<sup>[2]</sup>。现对腹腔镜与传统开腹手术对胆结石的治疗效果对比予以探究, 报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

纳入本院 2016 年 9 月-2017 年 8 月收治的 57 例胆结石患者, 并按照数字表法将其分为 2 组, 对照组 28 例患者中, 有男性患者 10 例, 女性患者 18 例, 年龄区间 23-72 岁, 平均年龄 ( $48.11 \pm 11.32$ ) 岁; 病程区间 0.5-12 年, 平均病程 ( $5.35 \pm 2.65$ ) 年。观察组 29 例患者中, 有男性患者 11 例, 女性患者 18 例, 年龄区间 24-73 岁, 平均年龄 ( $48.25 \pm 11.46$ ) 岁; 病程区间 1-11 年, 平均病程 ( $5.46 \pm 2.76$ ) 年。两组患者平均病程等基本资料的对比 ( $P>0.05$ )。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

对照组实施传统开腹手术治疗, 术前 12 小时禁食, 手术前 6 小时禁水。借助 B 超对胆囊位置有效确定, 患者选择仰卧位, 呈头低脚高位, 实施全身麻醉气管插管, 于患者右上腹经腹直肌或右肋缘下做切口, 分离胆囊和脏器, 使胆囊与 Calot 三角充分显露, 解剖 Calot 三角, 随后使胆管与胆囊动脉充分分离, 选择钛夹夹闭后将其切断, 选择电刀切除胆囊, 手术结束后选择 0.9% 氯化钠溶液对腹腔进行冲洗。

##### 1.2.2 观察组

观察组实施腹腔镜手术治疗, 术前 12 小时禁食, 手术前 6 小时禁水。借助 B 超对胆囊位置有效确定, 患者选择仰卧位, 呈头低脚高位, 实施全身麻醉气管插管, 用气腹针穿刺, 建立 CO<sub>2</sub> 气腹, 腹压保持 12-14mmHg。实施三孔法手术方式, 腹腔镜下对腹腔内脏器常规探查, 使胆囊粘连有效分离后, 解剖 Calot 三角, 对胆囊与胆囊动脉有效分离, 钛夹夹闭后将其切断, 选择电钩将胆囊切除, 手术结束后选择 0.9% 氯化钠溶液对腹腔进行冲洗。

##### 1.3 观察指标

统计两组患者的手术时间、术中出血量、切口长度、肠鸣音恢复时间以及并发症发生率, 其中并发症包括胆瘘、伤口感染、术后出血以及胆管感染等。

##### 1.4 统计学分析

选择 SPSS21.0 统计软件分析, 计量资料如切口长度以及肠鸣音恢复时间等用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 不同性检验用 t, 计数资料如并发症发生率等用 % 表示, 不同性检验选择  $\chi^2$ , P 低于 0.05, 有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 患者术中相关指标的比较

如表 1: 观察组患者手术时间、术中出血量、切口长度以及肠鸣音恢复时间均比对照组少 ( $P<0.05$ )。

#### 2.2 并发症发生率的比较

如表 2: 观察组患者并发症发生率 6.90%, 明显比对照组的 32.13% 小 ( $P<0.05$ )。

表 1: 患者术中相关指标的比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组         | 手术时间 (分钟)        | 术中出血量 (毫升)       | 切口长度 (厘米)       | 肠鸣音恢复时间 (小时)     |
|------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 观察组 (n=29) | 26.38 $\pm$ 5.27 | 50.17 $\pm$ 7.46 | 1.21 $\pm$ 0.06 | 20.24 $\pm$ 5.67 |
| 对照组 (n=28) | 65.17 $\pm$ 8.76 | 88.43 $\pm$ 6.85 | 6.70 $\pm$ 1.31 | 45.37 $\pm$ 6.19 |
| t 值        | 20.3401          | 20.1487          | 22.5512         | 15.9922          |
| P 值        | 0.0000           | 0.0000           | 0.0000          | 0.0000           |

表 2: 并发症发生率的比较 [n (%)]

| 分组  | 例数 | 伤口感染     | 胆管感染      | 术后出血      | 胆瘘       | 并发症发生率     |
|-----|----|----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 观察组 | 29 | 1 (3.45) | 0 (0.00)  | 1 (3.45)  | 0 (0.00) | 2 (6.90) * |
| 对照组 | 28 | 2 (7.14) | 3 (10.71) | 3 (10.71) | 1 (3.57) | 9 (32.13)  |

注: \* 与对照组对比,  $\chi^2=5.8301$ ,  $P=0.0158$ 。

### 3 讨论

作者简介: 宁显辉 (1980.7-), 云南宣威, 汉族, 主治医师, 本科, 主要从事外科临床工作。

胆结石的出现和患者的年龄具有联系, 通常年龄越大, 患病的风险越高。临床通常采用手术的方式对胆结石治疗, 包括开腹手术以及腹腔镜手术等<sup>[3]</sup>。开腹手术对胆结石的治疗有一定效果, 但存在手术时间长、出血量多以及术后恢复

时间长等不足,导致其在临床上的广泛应用受到限制<sup>[4]</sup>。

腹腔镜手术作为一种微创手术,具有多种优势,如创伤性小、疼痛程度轻以及术后恢复时间短等。腹腔镜手术在对患者手术指征充分掌握下,对胆结石的治疗具有较强的安全性与可行性,可使患者的临床症状显著改善,促使患者快速恢复<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示:腹腔镜组患者手术时间、术中出血量、切口长度以及肠鸣音恢复时间、并发症发生率均优于开腹组,说明腹腔镜手术治疗效果高于开腹手术。

总而言之,与开腹手术相比,腹腔镜手术对胆结石的治疗效果较高,并发症发生率更低。

### 参考文献

[1] 马云涛,田宏伟,王芳,等.腹腔镜联合胆道镜与传

统开腹手术比较治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床研究[J].甘肃医药,2016,35(6):426-428.

[2] 徐峰.腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床比较[J].医药前沿,2016,6(34):66-67.

[3] 游勤建,袁发秀,宋平.腹腔镜联合胆道镜与传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效对比[J].河北医学,2016,22(5):721-724.

[4] 赵俊立,马伟琳,宋媛媛.腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床效果对比分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(11):2111-2112.

[5] 杨贵江,胡晓芳.对比分析腹腔镜胆囊切除术与传统开腹切除术治疗胆结石的临床效果[J].中国卫生标准管理,2016,7(11):75-76.

(上接第 53 页)

者进行治疗取得了显著的效果,不仅创伤小,有利于患者术后恢复,且能够对患者增生部位进行汽化切除<sup>[3]</sup>。

研究表明,实验组患者术中出血量( $102.12 \pm 11.56$ ) ml 及手术时长( $60.11 \pm 3.25$ ) min 显著低于对照组,实验组患者并发症发生率 5.13% 显著低于对照组 30.77%,差异明显,具有统计学意义( $P < 0.05$ )。可见,采用经尿道等离子双极电切治疗这一病症治疗效果显著。

综上所述,经尿道等离子双极电切治疗良性前列腺增生的应用效果显著,能够降低并发症发生率。值得在临床中推广应用。

(上接第 55 页)

治疗组仅仅依靠盆腔侧枝循环回流的患者,常伴有下肢静脉高压的情况,其 PTS 发生率、血栓复发率随之升高,而支架置入的患者可以明显缓解静脉高压,主要通过维持长期髂静脉通畅从而降低 PTS 发生率和血栓复发率。

综上所述,足背静脉溶栓、深静脉置管接触式溶栓、全身抗凝等方法综合治疗后能有效治疗急性下肢 DVT,髂静脉支架置入组患者治疗效果明显,通畅率良好,同时能有效减低 PTS 的发生率和血栓复发率,建议在临床上推广应用。

### 参考文献

[1] Comerota AJ, Kamath V. Thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2013, 11(12):

1631-1638.

[2] 李晓强,段鹏飞,钱爱民,等.介入联合手术治疗急性下肢深静脉血栓形成[J].中华普通外科杂志,2006,21(9):660-661.

[3] 段鹏飞,肖璋生,李晓强.导管溶栓联合髂静脉介入治疗急性下肢深静脉血栓形成[J].中华普通外科杂志,2012,27(3):193-196.

[4] 张玉超,李维敏,黄英,等.腔内介入治疗髂静脉受压综合征[J].中国血管外科杂志:电子版,2013,5(1):35-37,50.

[5] 薛冠华,黄晓钟,梁卫,等.髂静脉受压综合征的支架治疗[J].中国血管外科杂志:电子版,2014,6(1):19-22.

(上接第 56 页)

缝合,关闭残端。将残端予以包埋。如盲肠壁水肿严重,残端可以不包埋,可将周围大网膜或脂肪组织拉拢覆盖<sup>[6]</sup>。术中不需使用钛夹及可吸收夹,全部用“慕丝”编织丝线结扎,丝线性质稳定,无致热源,安全可靠,且丝线结扎不受阑尾根部水肿、粗细所限,无术后金属异物长期残留体内的顾虑。

### 3.2 腹腔内脓液的处理及放置引流管

先吸净脓液,阑尾处理完毕后可用生理盐水和甲硝唑溶液彻底冲洗,右侧结肠旁沟及盆腔底处理干净。本组全部放置腹腔引流管,均从右下腹穿刺孔引出。术后清醒半卧位,6~12h 下床活动,能有效防止发生腹腔脓肿形成及肠粘连的发生。腹腔镜阑尾切除术需要镜下显露阑尾,要求术者不仅有缝合结扎的熟练技术,更要有较强的责任心和足够的耐心。随着腹腔镜技术的普及及器械不断的完善,急性坏疽性穿孔

性阑尾炎将成为腹腔镜手术的适应证。

### 参考文献

[1] 宁宁,马冰,彭勃,等.腹腔镜技术在上消化道穿孔中的应用.腹腔镜外科杂志,2014,19(7):537-540.

[2] 车军.腹腔镜与开腹手术治疗急性阑尾炎的临床对比分析.腹腔镜外科杂志,2014,19(2):138-140.

[3] 徐刚潮,郑周红,陈勇平.复杂性阑尾炎的腹腔镜手术经验与体会(附 220 例报告).腹腔镜外科杂志,2014,19(2):141-143.

[4] 张震波,主编.实用腔镜外科技术理论与实践.西安:陕西科学技术出版社,2011.69-81.

[5] 张永康,王玉珍,杜明国,等.腹腔镜阑尾切除术阑尾残端荷包包埋与 Hemo-lok 的比较.中国微创外科杂志,2014,14(6):512-515.