

胆囊息肉采用腹腔镜微创保胆治疗的效果分析

何 江

云南省文山市人民医院肝胆外科 663099

〔摘 要〕目的 探讨胆囊息肉采用腹腔镜微创保胆治疗的效果。方法 收集本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间收治的 94 例胆囊息肉患者，随机分为对照组与观察组各 47 例，对照组运用常规腹腔镜胆囊息肉切除术治疗，观察组运用腹腔镜微创保胆治疗，分析不同治疗后患者手术指标、并发症情况。结果 在手术出血量、手术时间与住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者并发症发生率上，观察组 10.64%，对照组 27.66%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 胆囊息肉采用腹腔镜微创保胆治疗可以有效地减少手术指标的创伤，同时降低手术并发症，整体状况更为理想。

〔关键词〕胆囊息肉；腹腔镜微创保胆治疗；效果

〔中图分类号〕R657.4 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 05-028-02

胆囊息肉属于常见消化系统疾病之一，具有较高的发病率。对于有关治疗，手术清除病灶组织是常见方法。腹腔镜胆囊切除术属于相对常见的应用办法，然而胆囊自身有较强的生理功能，盲目的切除胆囊会导致机体出现多种不适症状问题。本文采集 94 例胆囊息肉患者，分析运用腹腔镜微创保胆治疗后患者手术指标、并发症情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2020 年 5 月至 2021 年 10 月期间收治的 94 例胆囊息肉患者，随机分为对照组与观察组各 47 例。对照组中，男 26 例，女 21 例；年龄从 22 岁至 73 岁，平均 (45.82 ± 4.09) 岁；单发性息肉为 9 例，多发性息肉为 38 例；观察组中，男 29 例，女 18 例；年龄从 20 岁至 71 岁，平均 (46.74 ± 3.27) 岁；单发性息肉为 12 例，多发性息肉为 35 例；两组患者的基本年龄、性别、病情等信息方面没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规腹腔镜胆囊息肉切除术治疗，做好全麻，辅助患者保持仰卧位，进行二氧化碳人工气腹，保持 $12 \sim 14 \text{ mmHg}$ 腹压。通过四孔法进行操作，放置腹腔镜，观察患者的胆囊位置、大小与粘连情况。做好腹壁穿刺点、腹腔粘连、胆囊、胆管、胆总管、肝总管各组织间结构关系。要做好肝脏上提后将胆囊充分暴露，而后将胆囊提起与牵拉。在具体操作上，做好细致操作，防控粗暴操作导致的不良损伤。进行胆囊分离，通过可吸收生物夹进行胆总管 0.5 cm 位置与胆囊管垂直位置，将一枚钛夹夹在胆囊颈处。在近端与远端位置进行胆囊管的离断。做好胆囊动脉的夹闭与切断，通过电凝钩做好胆囊的剥离，灼烧胆囊床。做好术区观察，及时做好活动性出血与胆漏情况的干预，放置引流管，而后进行切口缝合，完成手术。

观察组运用腹腔镜微创保胆治疗，辅助患者保持仰卧位，进行全麻，针对脐下缘设置 1 cm 弧形切口，放置人工气腹针，进行 $12 \sim 14 \text{ mmHg}$ 的人工气腹腹压。通过腹腔镜辅助，通过 1 mm Trocar 放置在剑突之下，而后通过锁骨中线肋缘与右侧腋前线放置 Trocar，合并将胆道镜放入。通过负压吸引将胆汁清理干净，进行生理盐水输入，做好胆囊息肉具体定位、大小、数量做有效的观察了解，而后运用超声刀将息肉有效切除，做好病理学检查。如果没有息肉残留，可以做好止血，

将血凝块有效清除后，观察胆管是否保持通畅状态。通过可吸收线做胆囊修复处理，将胆囊做挤压。当没有胆漏时，可以将二氧化碳有效清理完全，做好切口缝合，完成手术。

1.3 评估观察

分析不同治疗后患者手术指标、并发症情况。手术指标主要集中在手术出血量、手术时间与住院时间等。并发症主要集中在疼痛、腹泻、腹部不适、恶心呕吐等。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验， $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术指标情况

见表 1，在手术出血量、手术时间与住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1 各组患者手术指标结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	12.28 ± 2.19	52.25 ± 4.24	4.21 ± 1.87
对照组	18.42 ± 3.14	63.11 ± 4.63	9.37 ± 2.95

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 患者治疗并发症情况分析

见表 2 所示，在患者并发症发生率上，观察组 10.64%，对照组 27.66%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2 患者治疗并发症评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	疼痛	腹泻	腹部不适	恶心呕吐	并发症发生率
观察组	47	1	1	1	2	10.64%
对照组	47	4	2	3	4	27.66%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

相较于传统的腹腔镜胆囊切除术治疗，通过微创内镜保胆术可以发挥更好的手术创伤，有助于降低胆囊息肉手术的创伤，术后并发症更少，减少对机体免疫功能的影响^[1]。微创内镜保胆术可以充分融合胆道镜与腹腔镜技术的优势，进一步地减少手术创伤与出血量。尤其是因为使用纤维胆道镜等技术，可以实现弯曲效果，由此来更好做好胆囊息肉的全方位观察判断，减少视觉盲区，尽可能地减少息肉残留在

(下转第 30 页)

表格 1 两组患者的 MMSE 评分对比 [$\bar{x} \pm s$]

组别	n	术后 1h	术后 6h
常规组	25	20.09 $\pm$ 1.02	25.19 $\pm$ 1.23
实验组	25	23.33 $\pm$ 1.09	27.98 $\pm$ 1.34
t 值		56.098	87.983
P 值		0.000	0.000

2.2 临床相关指标

表格 2 两组患者的临床相关指标对比 [$\bar{x} \pm s$]

组别	n	麻醉药用量 (mL)	睁眼时间 (min)	语言陈述时间 (min)
常规组	25	1918.34 $\pm$ 225.09	3.09 $\pm$ 0.87	8.13 $\pm$ 1.53
实验组	25	1523.56 $\pm$ 198.25	2.14 $\pm$ 0.96	5.07 $\pm$ 1.06
χ^2 值		5.196	6.353	5.982
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

对于老年患者来说,他们身体中的各项机能都是比较弱的,对于骨科手术来说,大多数的治疗则是需要大量时间的,麻醉问题更是需要慎重考虑的,很多患者在手术开始前都存在着较为严重的焦虑、抑郁问题,部分患者还存在着一些基础性疾病,比如说高血压、糖尿病等,而手术本身就是一种侵入性操作,手术所导致的疼痛、并发症等都会为患者的认知功能带来一定影响,从相关研究来看,高达 30% 的老年患者在术后都存在着认知功能障碍。

外科手术在临床骨科治疗中是最为常见的一种治疗方式,此种方法所造成的疼痛感会进一步增加患者的应激反应,这对于患者的手术治疗以及预后都是会造成不利影响的,在近现代医学中,我们可以理解为,诸多问题间接促进了麻醉技术的诞生。全麻是最为常见的一种麻醉方式,药物往往是经过患者的静脉进入体内,也可以选择呼吸道吸入或者是肌肉注射法,患者的中枢神经系统会在短时间内受到抑制,在临床中可表现为痛觉、神志消失与抑制反射等,药物代谢反应奏效或者排出后各项功能也就会恢复正常。在长时间的气管

插管全身麻醉的应用过程中,很多患者都出现的一些不良反应,接受气管插管介入治疗的患者的气管免疫屏障都是会受到一定影响的,在吸入麻醉药物的过程中,患者呼吸肌的收缩能力也是会受损的,整体来看,全麻的操作要更为复杂一些,保证气管插管的无菌操作是比较困难的,很多情况下都容易寄生病原菌。

椎管内麻醉则是将相关药物注入椎管后再执行相关操作,在本次研究中,实验组中的医护人员则是将药物注入蛛网膜下腔或者是硬膜外腔,这就可以对患者的脊神经根部达到很好的麻醉效果,此种方法相比于全麻来说其所使用的药物剂量是要更少一些的,在作用范围上讲,我们可以将此种方法理解为区域麻醉,虽然说会产生广泛阻滞,但是患者的神经受损程度却是很低的,主要借助患者的椎管间隙给药,所达到的麻醉效果可以说是非常好的。本研究中,实验组患者在护理后的相关临床指标以及精神状态恢复情况都是要优于常规组的,其中 $P < 0.05$ 。

总的来说,给予老年下肢骨折患者椎管内麻醉可在更大程度上保护患者的精神状态,可以说在保证麻醉效果的前提下更好地考虑到了患者预后,在某种程度上为患者节约了治疗成本,同相比全身麻醉相比来说,椎管内麻醉的预后安全性是要更好一些的,在老年下肢骨折手术中实用性很强,希望医护人员能够把握应用要点,在之后的工作中不断提高麻醉治疗质量。

[参考文献]

- [1] 方青梅. 两种麻醉方式对老年下肢骨科手术后麻醉恢复期的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(7):1.
- [2] 刘晓师, 马月. 全身麻醉和椎管内麻醉对老年骨科手术患者术后精神状态及认知功能的影响[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(1):3.
- [3] 苗红玲, 刘钟珊, 闫小强, 高学超. 椎管内麻醉与全身麻醉对老年下肢骨折手术患者预后的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(5):3.

(上接第 27 页)

hCG17000mIU/ml, 病灶 4x3cm。故术后 hCG 的随访亦相当重要, 应观察降至正常为妥, 必要时用甲氨蝶呤或再次口服米非司酮补充治疗^[3]。

3.4 输卵管间质部妊娠腹腔镜术后避孕非常重要, 尤其是宫角部分切除术后, 应严格避孕 2 年以上, 多采用药物或避孕套避孕。本组 1 例, 1 年怀孕, 足月临产子宫破裂, 所幸母婴平安。所以病人出院时应严格交代病情, 做好避孕措施。

综上所述, 输卵管间质部妊娠早诊断非常重要, 腹腔镜

下手术切除病灶, 注意手术技巧及术后辅助治疗, 手术安全, 疗效肯定, 在基层医院可行, 手术微创恢复快, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 中国适用妇科与产科杂志[J]. 2020 年 4 月, 第 36 卷第 4 期, 宫角妊娠诊治专家共识
- [2] 乐杰, 主编, 妇产科学[M]. 第 7 版, 人民卫生出版社, 2012: 106
- [3] 乐杰, 主编, 妇产科学[M]. 第 7 版, 人民卫生出版社, 2012: 110

(上接第 28 页)

的术后风险^[2]。微创内镜保肝术, 通过在密闭环境下做胆囊有关操作, 减少对腹腔组织的干扰, 有助于减少术后腹腔粘连风险, 促使术后更好的恢复, 减少手术创伤, 减少手术对机体免疫力构成的影响^[3]。一般情况下, 手术中可以通过胆囊息肉做标本来进行病理学切片, 而后判断胆囊息肉的具体性质, 而后确定后续的治疗方案。一般情况下, 进行胆囊的保留处理, 可以更好地防控术后各方面的身心压力。尤其是胆囊切除后, 会导致患者心理层面的压力, 进而导致各方面的疾病恢复不良, 降低其生活质量^[4]。总而言之, 胆囊息肉采用腹腔镜微创保胆治疗可以有效地减少手术指标的创伤,

同时降低手术并发症, 整体状况更为理想。

[参考文献]

- [1] 顾涛. 腹腔镜内镜微创保胆治疗胆囊息肉的临床效果体会[J]. 饮食保健, 2020(38):50.
- [2] 马振德. 腹腔镜内镜微创保胆治疗胆囊息肉的疗效分析及研究[J]. 母婴世界, 2020(30):61.
- [3] 刘金飞. 腹腔镜内镜微创保胆治疗胆囊息肉的临床分析[J]. 养生保健指南, 2020(47):71-72.
- [4] 金洪滔, 张思义. 微创内镜保胆术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊息肉的效果差异分析[J]. 医学美容美容, 2020, 29(3):54.