

ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术后胆漏方面的治疗效果分析

李亚辉

成都市温江区人民医院 611130

〔摘要〕目的 探讨 ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术后胆漏方面的治疗效果。方法 采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 12 月期间接收的 82 例肝胆手术患者，随机分为常规组与强化组各 41 例，常规组运用常规治疗，强化组运用 ERCP 联合腹腔置管引流，分析不同干预后患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率、治疗满意度情况。结果 在患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率上各项与常规组差异明显 ($p < 0.05$)；强化组治疗满意度为 95.12%，常规组为 78.05% ($p < 0.05$)。结论 ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术后胆漏防控上效果更为理想，患者对治疗的满意度更高。

〔关键词〕ERCP；腹腔置管引流；肝胆手术；胆漏；治疗效果

〔中图分类号〕R657.4 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 06-027-02

在大型医院和基层医院，ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术的应用情况可能存在不同。大型医院通常具备完备的医疗设备和丰富的临床经验，能够开展高难度的手术和操作；而基层医院则可能受到医疗设备和医疗资源不足的限制，同时医护人员的临床经验也相对较少。因此，如何在不同的情况下做好因地制宜的合理化处理是非常重要的。对于基层医院，应该加强医护人员的培训和技术水平提升，合理规划医疗资源，同时利用互联网等现代化手段提高诊疗水平和综合能力。在手术过程中，可以采用简约、安全、经济的方式进行操作，保证手术效果的同时控制医疗成本。本文采集 82 例肝胆手术患者，分析运用 ERCP 联合腹腔置管引流治疗后效果，具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 12 月期间接收的 82 例肝胆手术患者，随机分为常规组与强化组各 41 例。常规组中，男：女=25:16；年龄从 22-79 岁，平均 (45.28 ± 4.98) 岁；强化组中，男：女=28:13；年龄从 24-78 岁，平均 (45.15 ± 4.32) 岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义 ($p < 0.05$)。

1.2 方法

常规组运用常规治疗，强化组运用 ERCP 联合腹腔置管引流，具体如下：

患者在术前进行 ERCP 检查，并确定患者胆管是否存在狭窄、结石等异常情况。在肝胆手术中，医生首先通过腹腔镜技术将病变的胆囊或肝脏切除，然后将肝外胆管切口扩大，插入 ERCP 引导软管，进入肝内胆管。在体内施加压力，将造影剂注入肝内胆管，以显示胆管阻塞的位置和程度。当胆管阻塞时，插入 ERCP 网篮、气囊扩张等器械，将胆管内结石或梗阻物清除干净。在 ERCP 检查结束后，医生将腹腔置管插入腹腔中，以引流手术部位的淤血液体和胆汁。

为了针对性的操作防控术后胆漏，需要注意以下几点：对于肝胆手术相关疾病，术后需要加强监测，注意术后交流，查看病人是否存在胆管堵塞、胆管狭窄等症状^[1]。在术后应用广谱抗生素，以减少感染的风险，提高手术后的治疗效果。

术后需要随时观察患者腹部的情况，检查胆汁引流的量和质量，发现异常情况及时进行处理。术后加强营养支持，以提高机体的免疫能力和自我修复能力，从而更好地防控术后胆漏等并发症的发生^[2]。

1.3 评估观察

分析不同干预后患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率、治疗满意度情况。治疗满意度 = 很满意率 + 基本满意率。

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， $P < 0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率情况

见表 1 所示，在患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率上各项与常规组差异明显 ($p < 0.05$)；

表 1 患者胆漏愈合时间、胆漏治愈率评估结果

分组	n	胆漏愈合时间 (d)	胆漏治愈率 (n (%))
强化组	41	10.54 ± 2.09	2 (4.88)
常规组	41	15.73 ± 3.58	9 (21.95)

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者治疗满意度情况

见表 2，强化组治疗满意度为 95.12%，常规组为 78.05% ($p < 0.05$)。

表 2 各组患者治疗满意度结果 [n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
强化组	41	31 (75.61)	8 (19.51)	2 (4.88)	95.12%
常规组	41	19 (46.34)	13 (31.71)	9 (21.95)	78.05%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

ERCP 是通过胃镜和十二指肠镜到肠道中注入造影剂，使胰胆管及其病变显影，于此同时，可以利用 ERCP 网篮把胆管内的结石取出来，或者利用扩张球，扩张肝外胆管的狭窄部位，让胆汁自然流出，从而达到治疗目的^[3]。同时，术中选择较小的皮肤切口，最大限度地减少手术后的创伤和感染，术后

(下转第 30 页)

2.2 并发症发生率

观察组患者的并发症发生率 5.98%，比对照组 23.2% 低， $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着人们生活水平的不断提高，饮食结构也发生了较大的变化，食物日趋精细化，人的咀嚼功能逐渐降低，对颌骨的发育刺激逐渐减退，导致了颌骨的发育不足，没有足够的间隙来容纳全部牙齿，导致阻生牙的发生^[4]。阻生牙牙冠周围的牙龈常出现发炎、疼痛情况，可导致面颊肿胀、张口困难，常常引起邻牙龋坏、松动及牙槽骨吸收等症状^[5]。常规的拔牙手术对牙齿周围组织损伤较大，手术中若用力不当极有可能造成颌骨骨折的现象，且手术器械较多，手术的时间较长，对患者生理和心理上都造成一定创伤，影响到预后的效果。而微创手术能在短时间内将牙冠部横断，去除周围邻牙和牙根部的阻力，避免了锤击损伤牙周组织；且有喷水、吸唾器等仪器配合，能将牙齿碎屑和渗液吸出，清晰术野，大大提升了手术的安全性和效率，还能保证牙槽的完整性^[5]。

在本文研究中，采用微创拔牙术的观察组患者治疗效果较好。观察组行阻生牙拔除的患者，其拔牙完整性评分（ 1.57 ± 0.24 ）、术中出血量（ 3.54 ± 1.04 ）mL、肿胀程度（ 1.85 ± 0.32 ）、手术时间（ 15.53 ± 4.71 ）min 数值，均小于对照组患者拔牙完整性评分（ 3.14 ± 1.01 ）、术中出血量（ 5.53 ± 1.52 ）mL、肿胀程度（ 3.41 ± 1.21 ）、手术时间（ 25.84 ± 5.45 ）min，数据差异较明显， $P < 0.05$ ；观察组患

者的 VAS 评分（ 3.21 ± 0.54 ），比对照组患者的 VAS 评分低（ 5.48 ± 1.27 ），数据差异较明显， $P < 0.05$ ；观察组患者的并发症发生率 5.98%，比对照组患者并发症发生率 23.2% 低，数据差异较明显， $P < 0.05$ 。究其原因，是观察组患者采用了微创拔牙术，无论是手术器械还是手术的方式，对患者牙周组织的创伤性都较小，在微创、高效、损害小的情况下，提升了患者恢复效率。且手术的安全性较高，患者的术后反应较少，并发症发生率较低，对改善患者临床症状具有重要意义。

综上所述，微创拔牙术治疗阻生牙的临床效果显著，治疗效果良好且安全性高，值得推广。

【参考文献】

- [1] 乔燕. 微创拔牙术治疗阻生牙的临床观察 [J]. 检验医学与临床, 2020, 17(14):2063-2065.
- [2] 赵婧, 华耀社, 贾怀斌, 等. 无痛微创拔牙术治疗下颌阻生牙的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(22):125-126.
- [3] 梁丽. 观察微创拔牙术治疗下颌阻生智齿的临床效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 18(63):79.
- [4] 贾怀斌. 无痛微创拔牙术治疗下颌阻生牙临床观察与分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2022, 9(08):46-47.
- [5] 张隆庆. 无痛微创拔牙术治疗下颌阻生牙 108 例临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 18(03):87-88.
- [6] 武利民. 微创拔牙法与普通拔牙法的临床效果比较 [J]. 大家健康 (学术版), 2021, 9(24):104-105.

（上接第 27 页）

对于置管引流液能够实时观察，能够及早发现胆汁和淤血等情况，抑制胆汁灌注到腹腔的风险^[4]。

ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术中应用的优化提升可以从以下几个方面入手：不断提高医护人员技术水平，掌握最新的手术操作技术和先进的医疗配套设备，以提高手术成功率和减少手术并发症的风险。采用信息化管理方式，建立以数据为基础的医疗流程控制系统，建立医疗标准化流程，方便医生诊治，实时收集数据信息，为未来优化决策提供依据。建立科学的医疗卫生服务团队、高效的多学科协调机制，以及全流程协助制度，使治疗方案更加合理，减少医疗事故。加强对病患的关怀，及时对医疗方案进行解释和沟通，建立病情跟踪、医患互动模式，提升病患健康素养，促进治疗的成功率，提高手术康复质量。总之，ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术中应用的优化提升需要着重进行技术优化、信息

化管理、团队协作和病患关怀 4 个方面，不断提高医护人员水平，保证病患安全，提高手术效率和手术康复质量。

总而言之，ERCP 联合腹腔置管引流在肝胆手术后胆漏防控上效果更为理想，患者对治疗的满意度更高。

【参考文献】

- [1] 陈益晨, 马嘉盛. 肝胆外科手术后胆漏的临床诊疗进展 [J]. 海南医学, 2022, 33(9):1178-1182.
- [2] 钟谷平, 范惠珍, 盛建文, 等. ERCP 联合腹腔置管引流治疗肝胆手术后胆漏的效果 [J]. 当代医学, 2021, 27(15):70-72.
- [3] 郭俊. 肝胆手术后发生胆漏的因素分析及临床治疗 [J]. 养生保健指南, 2021(46):101-102.
- [4] 广峰, 沈玉琴, 聂磊. 肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗效果分析 [J]. 中国社区医师, 2021, 37(28):24-25.

（上接第 28 页）

势。主要的临床症状就是腹部疼痛和高热，在诊断中采用影像技术能够快速的确证，保守治疗有很高的复发率，并且可能导致各类并发症，所以临床中一般采用外科手术进行治疗，也就是胆囊切除术。传统的开腹手术具有出血量大和耗时间的缺点，而且会对患者造成较大的创伤，随着医疗技术的不断发展，胆囊切除术已经从最早的开腹手术发展到了小切口胆囊切除术，近几年又出现了腹腔镜胆囊切除术。腹腔镜的切口更小，并且手术区域的视野非常清晰，能够更快更直接的进行判断，并且具有封闭式的优点，能够降低并发症的发生率。通过以上的研究得出，采用腹腔镜胆囊切除术的观察组在手术时间、术中出血量、术后排气时间和下床时间以及住院时间上均低于分析组，而且并发症发生率仅为 3.8%，远低于分

析组的 25.92%，并且经验证具有统计学差异性， $P < 0.05$ 。与小切口胆囊切除术相比，采用腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石效果更优，也能有效降低并发症，可在临床中推广。

【参考文献】

- [1] 孙国胜. 腹腔镜胆囊切除术和小切口胆囊切除术治疗胆结石的临床疗效观察 [J]. 基层医学论坛, 2021, 34(26):3503-3504.
- [2] 雷海鸣, 王爱坤, 王立胜. 腹腔镜与小切口胆囊切除术治疗胆结石合并胆囊炎疗效对比 [J]. 临床研究, 2021, 24(12):178-179.

表二 两组患者的并发症发生率对比

组别	n	出血	感染	胆漏	胆管受损	黄疸	总发生率 (%)
观察组	25	1	0	0	0	0	1 (3.8%)
分析组	25	2	2	1	1	1	7 (25.92%)