

胆总管结石患者腹腔镜胆总管切开探查并一期缝合的临床体会

姚国忠, 晏江, 吴醒, 张立

(江苏省人民医院溧阳分院, 溧阳市人民医院 普外科, 江苏 溧阳, 213300)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆总管切开探查一期缝合的可行性及手术技巧。方法 回顾性分析120例腹腔镜下胆总管切开探查患者的病例资料,根据胆总管切口的处理方式分为一期缝合组及T管引流组,比较2组临床效果。结果 2组手术时间、术中出血量及手术后胆漏发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。一期缝合组较T管引流组的术后住院时间短,住院费用低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在严格掌握手术适应证的前提下,腹腔镜下胆总管切开一期缝合安全可靠,可以避免留置T管所引起的术后并发症。

关键词:腹腔镜;胆总管结石;缝合手术;T管引流;并发症

中图分类号: R 575.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2018)17-116-03 DOI: 10.7619/jcmp.201817035

Therapeutic experience of laparoscopic choledocholithotomy combined with primary closure in treatment of choledocholithiasis

YAO Guozhong, YAN Jiang, WU Xing, ZHANG Li

(Department of General Surgery, Liyang Division of Jiangsu People's Hospital, Liyang People's Hospital, Fuyang, Jiangsu, 211300)

ABSTRACT: Objective To explore feasibility and surgery techniques of laparoscopic choledocholithotomy combined with primary closure. **Methods** The material of 120 patients who underwent laparoscopic choledocholithotomy were retrospectively reviewed, and these patients were divided into primary suture group and T tube drainage group according to different processing modes of common bile duct incision. Clinical efficacy of two groups were compared. **Results** There were no significant differences in operation time, intraoperative blood loss and postoperative biliary leakage between two groups ($P>0.05$). Primary suture group had shorter postoperative hospital stay and lower hospitalization expenses than T tube drainage group. **Conclusion** Primary suture in laparoscopic choledocholithotomy is safe and feasible in strictly accordance with operative indications, which can avoid T tube placing related complications.

KEY WORDS: laparoscopy; choledocholithiasis; suture surgery; T-tube drainage; complications

胆总管结石是普外科常见疾病,传统的开腹胆管切开取石+T管引流创伤较大。近年来,随着腹腔镜技术的日益成熟,腹腔镜胆总管切开取石一期缝合手术可避免留置T管,缩短术后康复时间,减少住院费用。本研究回顾性分析2014年7月—2017年7月住院的120例腹腔镜下胆总管切开取石患者的临床资料,分析胆总管切开取石一期缝合的可行性与安全性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院普外科2014年7月—2017年7月行腹腔镜下胆总管探查取石手术患者120例,其中一期缝合组37例,T管引流组83例。2组患者在年龄、性别、术前肝功能水平、营养状态等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可

比性。纳入患者均为非急性发作,经磁共振胰胆管造影(MRCP)、B超等辅助检查证实或者高度怀疑胆总管结石,排除合并有肝内胆管结石或重症胆管炎、肝外胆道狭窄者。

1.2 手术方法

按常规四孔法摆放体位和 Trocar,先解剖胆囊三角,可吸收夹夹闭胆囊管,良好暴露胆总管,细针穿刺确认胆总管无误后,在其上段用剪刀纵行剪开胆总管前壁,长度以能插入胆道镜并取出最大结石为宜,一般为 1.0~1.5 cm。用水冲洗、吸引器或血管钳挤压直接取石等方式取出切口下方结石,对于位置较深的结石可用取石钳取石,然后用纤维电子胆道镜探查取石,胆道镜探查确保胆管无残石、狭窄、出血,胆总管下段通畅。

一期缝合组:用 4-0 带针可吸收线做连续锁边缝合胆总管前壁切口,针距和边距均为在 0.1~0.2 cm。缝合完毕,用干纱布条轻压缝合口,检查有无胆漏。T管引流组:胆总管内放置 T管,用 4-0 带针可吸收线连续或间断缝合胆总管切口,T管自右上腹穿刺孔引出,引流管注水未见胆汁溢出。切除胆囊,取出标本,2组患者均于小网膜孔置入引流管 1 根,自右锁骨中线肋

缘下穿刺孔引出,缝合关闭切口。

1.3 统计学分析

应用 SPSS 19.0 统计软件包处理数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者术后给予抗生素预防感染,抑酸、补液等支持治疗,保持 T管及腹腔引流管通畅,当患者体温正常,腹腔引流液少于 20 mL 时拔出引流管,T管引流组患者术后 1 周给予 T管造影,确认无胆管结石后试夹管,无不适症状则带 T管出院,4 周后来院行 T管造影,无拔管禁忌后拔除 T管。T管引流组术后发生胆漏 2 例,予充分引流,保守治疗后痊愈,一期缝合组未发生胆漏。2 组患者术后未发生结石残留,术后出血,梗阻性黄疸等并发症,均顺利康复出院。2 组患者均为腹腔镜下完成,无中转开腹病例,一期缝合组与 T管引流组患者手术时间、术中出血量、术后胆漏发生率等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。一期缝合组患者住院费用、术后住院时间显著少于、短于 T管引流组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	术后住院时间/d	住院费用/元 RMB	胆漏/例
一期缝合组	37	119.5 ± 21.2	33.5 ± 10.9	8.7 ± 2.0	19 612.7 ± 1 953.5	0
T管引流组	83	116.8 ± 18.7	36.3 ± 11.4	10.0 ± 1.2 *	20 884.6 ± 986.2 *	2

与一期缝合组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜下胆囊切除术已成为胆囊结石手术治疗的金标准,3%~21%的胆囊结石患者同时伴有胆总管结石^[1],对于这部分患者,腹腔镜下胆囊切除术(LC)结合术前或术后行内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)及内镜下乳头括约肌切开术(EST)取石以及 LC 术中胆总管切开探查取石具有创伤小、恢复速度快等优势,在临床上应用广泛^[2-4]。研究^[5-6]指出,行 ERCP 及 EST 手术的患者有发生急性胰腺炎、反流性胆管炎、感染、胆道狭窄等并发症的可能,这与手术导致十二指肠乳头完整性遭到破坏有关。术中胆总管切开探查因保留了十二指肠乳头的功能,减少了该类并发症的发生。

传统的胆道手术后留置 T管引流为国内外的经典术式,其优点为对胆道减压,防止胆漏,还

可提供胆管支撑,防止术后狭窄,同时保留通道以方便术后胆道造影及胆道镜取石。T管引流也存在缺点:①持续性引流造成大量胆汁流失引起电解质紊乱,影响消化功能;②T管通常需放置 1~2 月,长期带管影响生活质量^[7];③如不慎滑脱可能引起胆汁性腹膜炎,增加胆道感染风险等^[8]。研究^[9]证实,在术中确认无胆管残余结石的前提下,胆总管探查后一期缝合并发症发生率较 T管引流组低。大量临床研究也证实胆总管结石取石后一期缝合安全可行,但对于其适应证目前尚无统一标准,多数学者主张如下:①术前辅助检查未见胆管狭窄,肝内胆管无结石;②胆总管内径在 1.0 cm 以上;③术中胆道镜探查或胆道造影确保胆总管和肝总管无残留结石;④胆总管下端通畅;⑤无胆道狭窄、肿瘤,无严重肝硬化等基础疾病^[8,10-11]。本研究中,2 组手术时间、术中出血量及手术后胆漏发生率比较,差

异无统计学意义($P>0.05$)。一期缝合组较 T 管引流组术后住院时间更短,住院费用更低,考虑因为一期缝合组患者术后胆汁丢失量少,胃肠道功能恢复快,并且无需行 T 管造影及试夹管,缩短了住院时间,住院费用也相应减少。

术后胆漏和胆总管狭窄是胆管手术后常见的并发症,也是胆总管结石取石后是否可以一期缝合的顾虑所在。作者总结如下:①掌握胆总管一期缝合的适应证,针对手术难度大、术后形成胆道狭窄或结石残留风险大的患者,推荐术后常规留置 T 管引流;②术者应熟练掌握腹腔镜及胆道镜技术,已有研究^[12]证实手术操作时间是胆总管切开一期缝合术后胆漏发生的危险因素,因此术中能快速且安全地完成胆道镜取石及胆总管切口缝合成为减少术后胆漏发生的关键;③应使用腹腔镜切开刀锐性切开胆总管,术中遇到胆管壁出血,也应缝扎止血,尽量避免使用电凝钩,其热效应可能造成胆管壁损伤,导致术后胆管狭窄;④较好地缝合胆总管壁,用 4-0 单针微乔线连续锁边全层缝合胆总管切口使其浆膜化,针距 0.1~0.2 cm,缝合时动作要轻柔准确,防止胆管扭曲变形;⑤常规在右肝下留置腹腔引流管,对于早期胆漏的发生,保持腹腔引流通畅,一般可以在 72 h 内自愈^[13];⑥注意围术期对患者营养状态的评估,低蛋白血症是术后胆漏的危险因素之一,应在患者营养状态改善之后再行手术治疗,术后也应动态监测患者白蛋白水平。

参考文献

- [1] 周利国,唐才喜,周红兵.腹腔镜内窥镜治疗胆囊结石合并胆总管结石两种术式的临床分析[J].中华肝胆外科杂志,2009,15(9):679-681.
- [2] 贾蓬勃,孙学军,李小庆,等.经胆囊管留置导丝在腹腔镜联合十二指肠镜同期治疗胆囊结石并肝外胆管结石中的应用[J].中国微创外科杂志,2017,17(9):777-779.
- [3] 姚金科,曾宪成,黄延年,等.腹腔镜联合胆道镜探查取石一期缝合治疗肝外胆管结石[J].中华实验外科杂志,2015,32(9):2240-2242.
- [4] 张成,安东均,董浩,等.腹腔镜联合内镜治疗肝外胆管结石 610 例[J].中华消化外科杂志,2008,7(5):339-341.
- [5] 王健,杜波,胡兵. EST 后近期严重并发症及其危险因素分析[J].中国普外基础与临床杂志,2010,17(5):486-490.
- [6] 王子恺,杨云生,孙刚.应重视胆总管结石 EST 术后远期并发症的防治[J].中华医学杂志,2014(40):3124-3126.
- [7] 彭靖,马军亮,郝建华,等.腹腔镜胆总管切开放取石一期缝合术治疗细径胆总管结石[J].肝胆胰外科杂志,2015,27(6):519-520.
- [8] 潘成文,吴育连.腹腔镜与开腹胆总管取石一期缝合的临床比较[J].中国微创外科杂志,2016,16(6):518-521.
- [9] Ahmed I, Pradhan C, Beckingham I J, et al. Is a T-tube necessary after common bile duct exploration [J]. World J Surg, 2008, 32(7): 1485-1488.
- [10] 张雷达.腹腔镜胆道探查术后胆管一期缝合与 T 管引流的疗效比较[J].中华外科杂志,2004,42(9):520-523.
- [11] Cai H, Sun D, Sun Y, et al. Primary closure following laparoscopic common bile duct exploration combined with intraoperative cholangiography and choledochoscopy [J]. World J Surg, 2012, 36(1): 164-170.
- [12] 于安星,吴承先,刘哲,等.腹腔镜胆总管切开一期缝合术后胆漏的原因及处理方法[J].中华肝胆外科杂志,2016,22(7):490-492.
- [13] 温军业.腹腔镜胆总管切开放取石一期缝合的研究进展[J].中国普通外科杂志,2016,25(8):1213-1218.

(上接第 115 面)

- [5] 成晓舟,郭天康,达明绪.腹膜外切口单层缝合与常规分层缝合法在化脓性或坏疽性阑尾炎术后疗效比较中的系统评价[J].胃肠病学和肝病杂志,2012,21(10):960-964.
- [6] 张睿杰.腹腔镜手术与开腹手术治疗急性阑尾周围脓肿疗效比较[J].现代诊断与治疗,2014,25(11):2601-2602.
- [7] 隋永领,郭震,刘鑫,等.腹腔镜手术治疗化脓性、坏疽性阑尾炎 96 例报告[J].腹腔镜外科杂志,2012,17(11):859-860.
- [8] 张文进,赵冀安.坏疽性阑尾炎穿孔致膈下游离气体 17 例诊治回顾[J].临床误诊误治,2011,24(4):58-59.
- [9] 张保远.开腹手术和腹腔镜阑尾炎切除术治疗急性阑尾炎疗效比较[J].河南外科学杂志,2015,21(3):84-85.
- [10] 张鹏.手术治疗慢性阑尾炎急性发作 45 例临床分析[J].中国现代药物应用,2010,4(6):40-41.
- [11] 钟茜,陈启群.腹腔镜妇科手术并发症的临床分析与预防措施[J].临床医学,2010,23(11):76-78.
- [12] 邓新盛,胡敏超,邓秀红,等.经脐单孔腹腔镜手术联合大黄牡丹汤加减治疗急性坏疽性阑尾炎临床观察[J].中国中医急症,2012,21(11):1847-1847.