

肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗效果分析

王 杰

(肥城市人民医院 山东 肥城 271600)

【摘 要】目的 全文主要讨论不同诊断方法和治疗方法在肝胆手术后并发胆漏中的临床应用效果。方法 以 2021 年 1 月—2021 年 12 月为此次研究的时间区间, 研究对象从院内科收治的肝胆术后并发胆漏患者中筛选, 共 36 例, 按照随机数字表法划分为对照组 (n=18, 宝石 CT、彩超诊断+保守治疗) 和观察组 (n=18, 宝石 CT、彩超诊断+手术治疗), 并围绕两组患者临床治疗效果和并发症发生率加以比对。结果 观察组和对照组临床治疗总有效率分别为 94.44% 和 83.33%, 观察组优势显而易见 ($P<0.05$); 观察组并发症发生率仅为 11.11%, 而对照组并发症发生率达 22.22%, 观察组效果更佳 ($P<0.05$)。结论 针对患有肝胆类疾病的患者而言, 可根据宝石 CT 和彩超相关诊断结果, 选择保守或手术治疗, 但手术治疗效果更为显著, 可在一定程度上降低并发症的发生概率。

【关键词】肝胆手术; 胆漏; 诊断; 疗效

在人体疾病类型中, 肝胆疾病属于一种发病率相对较高的慢性疾病, 可细分为脂肪肝、胆囊炎、病毒性肝炎、胆石症等等, 该病的形成与个体生活方式及饮食习惯相关。在临床诊断过程中发现, 绝大部分患者日常生活知识极度匮乏, 导致与最佳治疗时机失之交臂, 最终进入手术治疗阶段^[1]。为降低患者术后并发症发生概率, 提高临床治疗效果, 我院尝试突破传统保守性的治疗方式, 及时予以手术治疗, 并将治疗结果进行如下统计。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2021 年 1 月—2021 年 12 月期间予以手术治疗并发有胆漏的 36 例患者为研究对象, 经诊断和观察患者各项症状和指标均符合世卫组织关于胆漏并发症的诊断标准。基于此, 将患者按照对照组和观察组, 每组 18 例的标准进行等分。其中, 对照组男 12 例, 女 6 例, 51~76 岁, 均龄 (62.4±8.1) 岁; 观察组男 10 例, 女 8 例, 均龄 (62.8±8.3) 岁。两组患者基线资料无显著差异 ($P>0.05$), 无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法

①宝石 CT: 选择进口多层宝石 CT 仪, 诊断时需确保患者保持仰卧位, 以水平方式进行扫描, 通过扫描对具体胆漏位置进行确定。窗宽设定为 85~100HU, 窗位为 30~55, 采取 512×512 的矩阵, 持续 2~3S 的扫描, 管电流和管电压分别设定为 125mA 和 120KV。然后进行 80% 碘醇造影剂的注射, 第一阶段扫描大约建控制在 25s, 第二阶段可持续在 65~75s, 第三阶段扫描时间可延长至 3~5min。

②彩超: 使患者取仰卧位, 充分暴露腹部, 并将耦合剂涂抹于扫描区域, 以 6.0~14.0Hz 为标准进行探头频率的设定, 具体扫描过程中可采用横向扫描和纵向扫描两种方法, 着重对患者血流信号变化以及周边血流状态进行扫描。并且扫描过程中还应确定病变位置 and 判断具体的回升类型。

1.2.2 治疗方法

①手术治疗: 借助腹腔镜全方位的修复胆囊, 针对情况较为严重的患者可适当的予以胆囊切除术, 术后及时进行引流管的建立, 并予以相应的抗感染治疗。

②保守治疗: 目前, 针对肝胆类疾病常见的保守治疗方法主要有两种, 即, 抗感染治疗和腹腔引流^[2]。

1.3 观察指标

比较两组患者临床治疗效果和并发症发生情况。

1.4 统计学处理

讨论研究过程中各类数据信息, 并将最终讨论结果以 SPSS21.0 统计学软件进行处理, 其中, 临床治疗效果、胆漏、感染性疾病、肝功能障碍、腹膜炎、肠梗阻以及腹腔粘连等计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 检验方法为 t。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比

通过比较两组临床治疗效果发现, 观察组 18 例患者行宝石 CT、彩超诊断+手术治疗方案后, 仅 1 例效果不佳, 其他基本改善或效果显著, 临床治疗总有效率高达 94.44%, 而对照组经系统诊断和治疗后, 临床治疗总有效率约为 83.33%, 较观察组

效果略低 ($P<0.05$), 详如表 1 所示。

表 1 两组患者临床治疗效果对比 [n, (%)]

组别	例数	显效	改善	无效	总有效率
观察组	18	11(61.11)	6(33.33)	1(5.56)	17(94.44)
对照组	18	8(44.44)	7(38.89)	3(16.67)	15(83.33)
χ^2		0.981	0.057	0.718	0.716
P 值		0.580	0.083	0.356	0.325

2.2 两组患者并发症发生率比较

从两组患者并发症发生情况来看, 接受手术治疗的观察组 1 例感染性疾病和 1 例胆漏, 并发症发生率仅为 11.11%, 对照组有 1 例肝功能障碍, 1 例腹膜炎, 1 例腹粘连和 1 例胆漏, 并发症发生率达 22.22%, 观察组效果更佳 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 [n, (%)]

组别	例数	肝功能障碍	感染性疾病	腹膜炎	腹粘连	肠梗阻	胆漏	并发症发生率
观察组	18	0	1	0	0	0	1	2 (11.11)
对照组	42	1	0	1	1	0	1	4 (22.22)
χ^2								4.882
P 值								0.029

3 讨论

为了将肝胆疾病手术治疗后发生胆漏概率将至最低, 需做好一系列预防工作, 高度重视手术治疗后患者的检查和知识普及工作。手术治疗前, 应对患者整体状态进行调整, 避免各类感染事件的发生, 上述工作完成后, 选择最佳手术时间, 值得注意的是手术工程中尽可能地避免损伤胆总管, 确定好位置后方可放置引流管, 一确保引流管工作的有效性, 并对引流管内的总量和颜色变化进行密切监督, 与患者实际情况相结合予以相应的引流调整。

若患者发生胆漏等临床症状, 需从专业化角度综合判断患者基本情况, 系统监测患者各项生命体征, 并通过影像学检查对患者具体病情进行科学、准确的诊断。若为实施相应的腹腔引流, 借助超声引导进行穿刺引流, 待患者病情出现好转时, 改为常规引流治疗方法, 而针对胆漏症状极为严重的患者而言, 需结合患者实际情况进行相关手术方案的制定, 根据方案予以相应的治疗^[3]。

临床实践发现, 绝大多数胆漏患者存在腹粘连和局部炎症症状, 因此需将此类患者群体作为观察重点, 确保在第一时间发现患者胆漏情况尽可能地避免二次手术, 以降低患者受到二次创伤概率, 若发生较为严重的并发症时, 若常规治疗方法无法控制患者病情时, 则需予以及时手术治疗。

综上所述, 患者胆漏症状的形成来自多个方面, 相关治疗人员需做好一系列检查和诊断工作, 并及时予以引流, 将二次手术情况的发生率降至最低。

参考文献:

- [1] 李仕强, 陈晓东, 潘洪. 肝胆手术后并发胆漏的诊断和疗效分析 [J]. 医药前沿, 2021, 11(3): 86~87.
- [2] 郑建伟, 曹李, 吴安健, 等. 腹部手术后急性非结石性胆囊炎诊治策略 [J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2018, 12(3): 219~222.
- [3] 汪圣叶. 30 例肝胆外科患者术后并发胆漏的原因及防治对策 [J]. 求医问药 (下半月刊), 2013, 11(9): 50~51.