



# 胆囊切除术

通过手术切除胆囊

## 患者教育

本教育信息可帮助您更好地了解与您的手术有关的问题，并使您能够运用相关知识和技能积极地参与治疗。

## 向您提供信息

将帮助您深入了解自己的手术情况的信息。

### 提供的教育内容包括：

胆囊切除术概要 .....	1
病情、症状、测试 .....	2
治疗选择 .....	3
风险和可能的并发症 .....	4
准备和期望 .....	5
恢复和出院 .....	6
疼痛控制 .....	7
词汇表和参考资料 .....	8

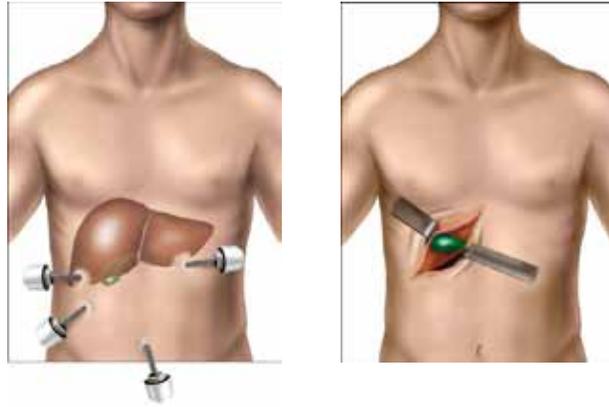
## 病情

胆囊切除术是切除胆囊的手术。手术的目的是清除胆结石或者切除感染或发炎的胆囊。

### 常见症状

- 腹部中上部或右腹部剧痛
- 低烧
- 恶心和胀感

腹腔镜胆囊切除术与胆囊开刀切除术  
腹腔镜胆囊切除术      胆囊开刀切除术



## 治疗选择

### 手术治疗

**腹腔镜胆囊切除术** — 通过放置在腹部四个小切口内的仪器切除胆囊。

**胆囊开刀切除术** — 通过胸腔下方右侧的切口切除胆囊。

### 非手术治疗

- 排出结石
- 无症状胆结石的处理
  - 观察等待
  - 加强锻炼
  - 调整饮食

## 好处和风险

### 好处和风险

胆囊切除手术可解除疼痛，治疗感染，并且在大多数情况下可阻止胆结石复发。不做该手术的风险为可能使胆结石的症状、感染或破裂程度加重。

可能的并发症包括出血、胆管损伤、发烧、肝脏损伤、感染、麻木、疤痕增厚、刀口疝气，麻醉并发症、肠穿孔和死亡。

## 期望

**术前** — 通常通过验血、腹部超声波检查进行评估，并由外科医生和麻醉师评估您的病史和用药情况，讨论疼痛控制方案。

**手术当天** — 术前至少六小时内禁止饮食。大多数情况下您可以喝一小口水将平时服用的药物服下。

**手术恢复** — 如没有出现并发症，您通常会在做过腹腔镜胆囊切除术后当天出院。如果是开刀手术，则在两到三天内出院。如出现剧痛、胃痉挛、高烧或寒颤、或皮肤变黄、或刀口处有异味和渗出液增多，应打电话通知手术医生。

# 病情、表徵和症状 以及诊断测试

## 向您提供信息

大多数胆结石患者没有症状。百分之八十的胆结石患者在二十年或更长的时间内没有症状。<sup>1,2</sup>

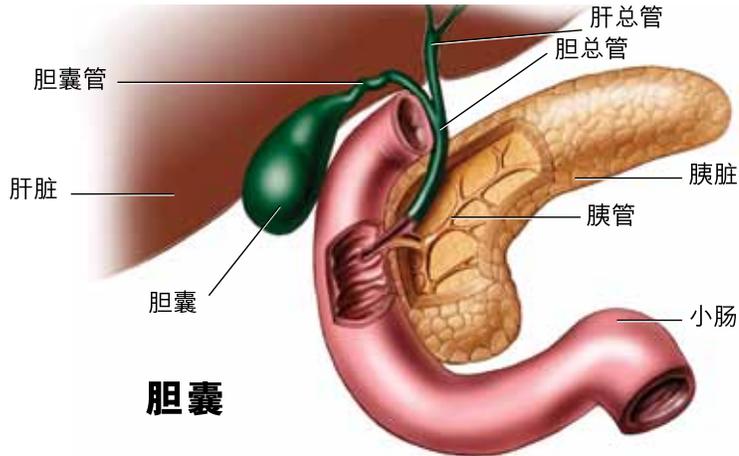
胆结石更容易发生在以下类型的人中：

- 美洲本土人
- 有胆结石家族史的人
- 超重者
- 大量食糖的人
- 孕妇
- 不经常运动的人
- 体重急剧下降的人
- 使用雌激素控制更年期症状的人<sup>3,4</sup>

胆囊疼痛或胆汁绞痛通常是暂时性的。疼痛从腹部中间或右边开始，可能持续30分钟到24小时。疼痛可能在进食油腻的食物后发生。

- 急性胆囊炎疼痛持续时间超过六小时，并伴有腹部触痛和发烧。
- 腹部右侧的疼痛也可能是由于溃疡、肝脏疾病和心脏疼痛所致。

急性胆囊炎的标准治疗方法是静脉输液、服用抗生素、止痛药和施行胆囊切除术。<sup>5</sup>



**胆囊**

## 病情

### 胆囊

胆囊是一个位于肝脏下方的小梨状器官。

肝脏每天约分泌3-5杯胆汁。胆汁贮存在胆囊内，进食时，特别是吃油脂的食物时，胆囊通过胆管分泌胆汁，并将胆汁输送入小肠内。

### 胆结石

胆结石形成的医学术语是胆石症。胆总管内的结石称为胆总管结石病。胆管内的结石可能阻止胆汁流动，并造成胆囊肿大。

胆囊炎是胆囊发炎，可能会突然发生（急性）或在较长的时期内发生（慢性）。

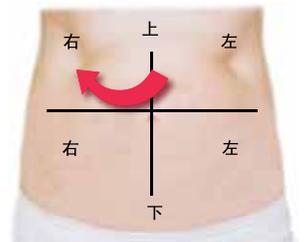
胆囊穿孔是胆囊破裂或泄漏的病症，只在罕见的情况下发生，但可能危及生命。

胆囊切除术是通过手术切除胆囊。进行胆囊切除术的最常见原因是为了清除导致胆汁绞痛（由于痉挛或囊肿或胆管阻塞造成的急性腹痛）的结石。

## 症状

胆囊炎最常见的症状：

- 右腹部剧痛
- 低烧
- 恶心和胀感
- 在胆结石出现在胆总管内时可能出现黄疸（皮肤变黄）



## 常用的诊断测试

### 病史和体检

### 测试 (参见词汇表)

#### 腹部超声波

这是最常用的胆结石测试手段。可能会要求您在接受检查前禁食八小时。

#### 验血

- 全血计数
- 肝功能测试
- 凝血资料

#### HIDA 扫描、胆道闪烁显像术

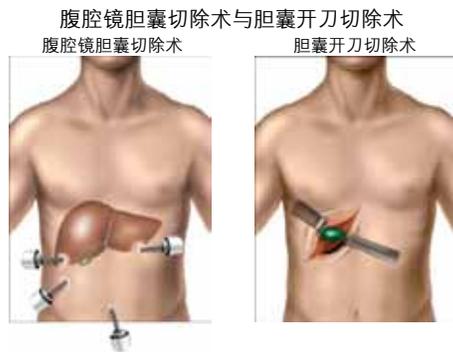
#### 内镜逆行胆管造影术

#### 磁共振胆管胰造影术

# 手术和非手术治疗

## 手术治疗

手术是建议使用的治疗胆结石造成胆囊疼痛的方法，并且是治疗急性胆囊炎的唯一治疗方法。



### 腹腔镜胆囊切除术

这种方法是进行简单胆囊切除的最常用方法。手术医生在腹部开四个小切口，将一个喷头插入其中一个切口，用二氧化碳气体使腹部膨胀，以便医生更容易观察胆囊。把腹腔镜由另一个切口插入，腹腔镜看上去像一台末端带有照明灯和摄像机的望远镜，手术医生通过它可以观察腹腔内的情况。手术仪器从其他小切口放入腹腔内，用于切除胆囊。

手术医生通过开刀清除胆结石。二氧化碳通过几个小切口排出，然后用缝线、称为钉针的金属夹或消毒胶带封闭切口。您的手术医生可能开始先使用腹腔镜切除术，然后在需要时改用开刀手术。

手术约需一至两小时时间。

### 胆囊开刀切除术

手术医生在腹部右上方切开一个约六英寸的刀口，并切穿脂肪和肌肉，深入到胆囊。然后切除胆囊，夹住所有胆管。

手术部位被夹合或缝合，可能在腹部从内向外放置一个排液器。通常在医院内完成排液程序。该项程序约需一至两小时。

## 程序选择

有几种程序可用于清除胆总管内的结石。

腹腔镜经胆囊管胆总管结石提取与腹腔镜胆囊切除术相似，也是通过在腹腔内插入仪器来完成。仪器放入胆管后，结石被直接取出或用网篮取出。

内镜逆行胰胆管造影术是将内窥镜伸入口腔中，再通过胃部进入胆总管，直接取出结石或者用气球或网篮取出结石。

并发症率为零到千分之九点一。<sup>6</sup>

## 非手术治疗

### 观察等待

如果在超声波检查时发现胆结石，但患者没有任何症状，则建议观察等待。<sup>1,2</sup>

### 只有胆结石，无胆囊炎

- 加强锻炼。每周锻炼两到三小时可减少发生胆结石的风险。<sup>7,8</sup>
- 多吃蔬菜、水果，少吃糖和碳水化合物含量高的食物，如甜面圈、面食和白面包。
- 有替代疗法可供选用。<sup>9</sup>

## 向您提供信息

在健康的年轻人中，从腹腔镜切除术转为开刀切除的比率低于1%。

- 如患者年龄超过65岁、是男性、有急性胆囊炎病史、有既往腹部手术史、高烧、胆红素高、胆囊病反复发作、且患有有限制身体活动的疾病，则从腹腔镜切除术转为开刀切除的需要就大为增加。<sup>5</sup>

### 您应该提出的问题

- 什么样的治疗方法适合我？为什么？
- 您对这种治疗方法有多少经验？
- 以前贵院做过这种治疗吗？
- 您知道这种治疗的大概费用是多少吗？

# 这种治疗方法的风险

您的外科医生会尽力将风险减少到最低程度，但胆囊切除术与所有的手术一样，会有各种风险。

风险	实际发生的情况	向您提供信息
感染	在做腹腔镜切除术的患者中，感染率低于千分之一。 <sup>5,6,13,14</sup>	您的医疗团队应该在为您检查前洗手。并在手术前正确使用抗生素。 <sup>5</sup>
胆总管损伤	据报告，胆管损伤在胆囊开刀切除术中的发生率为千分之一，在腹腔镜切除术中为千分之一到五。 <sup>5,6,14</sup>	您的手术医生和护士将注意观察是否有黄疸、发烧和验血异常状况。 <sup>5</sup> 术前可能需做进一步的检查。
出血	出血很罕见。如果您患有慢性胆汁病，您的肝脏可能不能形成凝血因子。 <sup>5,6,13</sup>	您的外科医生将检查凝血资料，监测出血问题。腹腔镜切除术通常不需要输血。
胆汁泄漏	术后胆汁泄漏非常罕见。	您的外科医生将检查是否发烧，检测化验结果，并且也许需要做其他检查，如超声波或内镜逆行胰胆管造影术（ERCP）。
遗留的胆总管结石	术后可能有胆结石排出，并阻止胆汁排出。 <sup>5</sup>	您的外科医生将通过验血检查您的肝功能。
肺炎	全身麻醉、缺乏深呼吸和活动是可能的原因。	深呼吸锻炼可能帮助扩展肺部，并预防术后并发症。 <sup>10</sup>
心脏疾病	心脏疾病很罕见。据报告，心率失常的发生率约为千分之五，心脏病发作率为千分之一。 <sup>6,13</sup>	您的外科医生也许让您在术前看心脏专科医生。您的麻醉师始终会采取加强心脏救生支持的各项准备措施。
肾脏疾病	据报告，肾脏或泌尿疾病的发生率为千分之五。脱水和肝脏疾病可能增加这种风险。 <sup>6,13</sup>	您的外科医生也许在术前为您额外输液。小便请告知护士。
深层静脉血栓形成（血块）	手术期间不活动可能导致腿部形成血块。在罕见的情况下血块可能转移到肺部。	您的外科医生或护士将在您的腿部安置支撑物或压缩（紧压）长袜，并可能让您服用稀血药物。您需要做的是在术后就起来行走。
早产和死胎	据报告，在无并发症的胆囊切除术中死胎率为千分之四十，但如患有胰腺炎，死胎率可高达千分之六百，早产的风险也会增加。 <sup>11,12</sup>	这些风险会由于腹膜炎（腹腔感染）增加。
肠胃器官损伤	在腹腔镜切除术的过程中，仪器插入和使用可能造成肠损伤。	外科医生将进行紧急处理、持续监测出血和大便的情况。肥胖者或有腹部手术史或肠粘连史者可使仪器移动和操作更加困难。 <sup>5</sup>
死亡	死亡在健康者中极为罕见。据报告，死亡率为千分之零到一。死亡风险随坏疽、胆囊破裂或者限制身体活动的严重疾病而增加。 <sup>1,6</sup>	您的整个手术医疗团队会检查可能的并发症，并为降低各种风险作好准备。

# 期望： 手术准备工作

## 为手术做准备

告诉您的外科医生您患有其他疾病。把您现在服用的所有药物清单带给外科医生和麻醉师看。

在大多数情况下，您应喝一小口水将早上应服的药服下。如果您服用稀血剂（Plavix、Coumadin、阿斯匹灵），您的外科医生也许要求您停止使用这些药物。

### 回家准备

您通常在接受腹腔镜手术后的当天就可以回家。如果是开刀手术，您的住院时间会略长（两到三天）。

### 麻醉

您在术前将见到您的麻醉师。告诉麻醉师您是否有过敏、神经疾病（癫痫症或中风）、心脏病、胃病、肺病（哮喘、肺气肿）、内分泌疾病（糖尿病、甲状腺病症）、松动的牙齿、您是否抽烟、酗酒或吸毒、或使用任何草药或维生素。

## 手术当天

### 不要进食或喝饮料

术前至少六小时不能进食或喝饮料，以减少麻醉后并发症的风险。

### 须携带的物品

- 保险卡和身份证
- 医嘱授权书（参见术语表）
- 服药清单
- 个人物品，例如眼镜和假牙
- 宽松舒适的衣服
- 将首饰和贵重物品留在家里

## 预期会发生的事情

您的手腕会带上识别腕带，上面有您的姓名和身份号码。在进行任何手术或让您服药之前，所有的医护人员都应检查您的识别腕带。如果您有任何过敏症状，还应让您带上过敏识别腕带。

将开始用静脉插管（IV）为您输液和药物。药物将使您昏昏欲睡。

手术期间，助吸管将插入您的喉咙，帮助您呼吸。

您的外科医生将进行手术，然后闭合切口。如果您是接受开刀手术，也许会从您的腹部切口从内向外安放一条引流管。

手术后，会将您转移到康复室。

### 预防肺炎

术后活动和深呼吸可帮助预防肺积水和肺炎。<sup>10</sup>

### 预防血块形成

术后因麻醉不能活动有产生血块的风险。手术时间越长、越复杂，风险就越大。您的医生知道您有产生血块的风险，会采取预防措施，包括稀血剂药物和支撑或压缩（紧压）长袜。

### 预防感染

如果在术前服用抗生素，用剪刀而不是用剃刀剪掉手术部位的毛发，感染风险就可以降低。

### 预防感染

- 所有医疗服务提供者在为您做检查之前都应该洗手。

## 向您提供信息

### 您应该提出的问题

- 手术前我应该停用哪些药物？
- 我应当在什么时候停用这些药物？
- 手术当天我应该服用任何药物吗？
- 全身麻醉有什么风险、问题和副作用？
- 手术前我是否需要服用抗生素？
- 您会采取哪些步骤防止血块形成？
- 如果需要清除腹部的毛发，是怎么清除的？
- 您是否已经洗手？

### 深呼吸

有效的深呼吸方法是深呼吸后屏住气3到5秒钟。醒着时每小时做5到10次深呼吸。幼儿可以通过吹肥皂泡的方法做深呼吸。

# 恢复和出院



不得驾车



消毒胶布会自动脱落，  
否则会在您第一次复查时去除



在触摸伤口附近部位之前和之后  
务必洗手

## 恢复和出院

### 头脑清醒

麻醉也许会在两到三天内使您感觉异常。不要驾车，不要喝酒，至少两天内不要做出任何重大决定。

### 营养

- 醒来后您可以喝少量的液体。如果您不觉得恶心，您可以开始正常饮食。
- 继续喝大量的液体，通常每天须喝约8到10杯饮料。

### 活动

- 您需要有人帮助下床和走路。
- 慢慢地增加活动量。
- 如果是腹腔镜手术，3-5天内不要抬举物体或从事吃力的活动；如果是开刀手术，则10-14天内不要抬举物体或从事吃力的活动。
- 不要驾车，直到您不需要用麻醉药来控制疼痛。
- 当您感到身体状况正常时，您可以有性生活，通常在拆线或拆除钉针后。
- 感觉疲倦是正常现象。您可能比平常需要更多的睡眠。

### 工作

当您感觉身体状况不错时，可以返回工作。与您的外科医生讨论返回工作的适当时间。

### 伤口护理

- 在触摸伤口附近部位之前和之后务必洗手。
- 在缝线、消毒胶布、钉针取掉之前，不要在浴缸内浸泡。除非您被告知不要这样做，可以在术后第二天洗淋浴。
- 遵从您的外科医生何时换绷带的指示。

- 切口内有少量排液是正常现象。如果排液浓而黄，或者伤口呈红色，您可能出现感染，请打电话告诉您的外科医生。
- 如果切口有引流管，当排液停止时，会将引流管拿掉。
- 在您第一次复查时，外科钉针会被去除。
- 消毒胶布在7到10天内会自动脱落，否则会在您第一次复查时去除。
- 避免穿戴紧身或质地粗糙的衣物，可能会摩擦切口，使得切口更难愈合。
- 保护新生皮肤，特别要避免阳光照射。太阳可能会灼伤和导致颜色加深。
- 伤疤约在四到六星期内会愈合，而且会变得较软，并且在一年期间内逐渐褪色。避免伤口接触阳光或使用防晒霜。
- 切口周围的感觉在几个星期或几个月后会恢复。

### 排便

- 肠道手术后，您可能会在几天内有稀的不成形的粪便。如果水样腹泻超过三天，则应与您的外科医生联系。
- 止痛药（麻醉剂）可能导致便秘。如果您出现便秘，增加饮食中的高纤维食物。您的外科医生也许还会给您开大便软化剂处方。

### 高纤维食物

高纤维食物包括豆类、麸谷类和全麦面包、豌豆、果脯（无花果、杏子和枣子）、覆盆子、黑莓、草莓、甜玉米、绿花椰菜、带皮烤马铃薯、李子、梨、苹果、绿叶菜和坚果。

**疼痛**

每个人的疼痛程度都不同。有些人只需两至三剂止痛药，而另一些人则须整个星期使用麻醉剂。

**家庭药物**

手术后您需要的药物通常与控制疼痛有关。

**何时与您的外科医生联系**

如果您出现：

- 持续疼痛
- 疼痛更加严重
- 发烧超过 101° F (38.3°C)
- 呕吐
- 肿胀、红肿、流血或从伤口部位流出带臭味的液体
- 严重腹痛
- 黄疸或皮肤发黄
- 三天没有排便或无法排气
- 三天以上水样腹泻

<b>其他说明：</b>		
<b>后续约诊</b>		
<b>谁</b>	<b>日期</b>	<b>电话</b>

**疼痛控制**

每个人对疼痛的反应都不同。0到10的标度常用来测量疼痛的程度。“0”表示您没有感觉到任何疼痛，“10”表示您感觉的最严重的疼痛。

**常用的止痛药**

麻醉剂或阿片类 (opioids) 药物用于控制剧痛。麻醉剂的部分副作用包括困倦、血压、心率和呼吸率降低、皮疹和发痒、便秘、恶心和小便困难。麻醉剂包括吗啡 (morphine)、羟可酮 (oxycodone) 和氢化吗啡酮 (hydromorphone)。许多麻醉剂的副作用可以用药物加以控制。

**非麻醉止痛药**

大部分非阿片类 (nonopioid) 止痛药是不含类固醇的抗炎药 (NSAID)。这些药物用于控制轻微的疼痛或与麻醉剂一起控制剧痛。这些药物还可以减轻炎症。NSAID引起的副作用包括肠胃不适和出血以及积水。短期服用通常不会出现这些副作用。NSAID包括布洛芬 (ibuprofen) 和萘普生 (naproxen)。

**非药物性止痛**

转移注意力帮助您将注意力转移到其他活动上，而不是注意您的疼痛。音乐、游戏和其他让人着迷的活动对有轻微疼痛的孩子特别有用。

咳嗽或活动之前，在腹部放一个枕头，用力压住胃部，可帮助减轻疼痛。

意象引导有助于导引您和控制您的情绪。闭上眼睛，慢慢地吸气和呼气。想象自己在某个美丽的地方。感觉周围的美丽景色，使您的情绪渐渐地得到控制。这时您应该感到镇静多了。

**向您提供信息**

在您的身体需要集中精力愈合时，剧烈的疼痛会对身体增加额外的压力。不要等到痛苦达到了第“10”级或不堪忍受的程度才告诉您的医生或护士。在疼痛变得严重之前，比较容易控制疼痛。

**腹腔镜手术引起的疼痛**

腹腔镜手术后，肩膀有时会感觉疼痛。这是由于在手术期间气体进入腹部所致。活动和走路会帮助减少气体和减轻右肩疼痛。<sup>15</sup>



用力压住胃部



意向引导

# 词汇表和参考资料

## 词汇表

**腹部超声波** 该项测试使用声波确定身体深层结构的位置。手推滚筒放置在透明胶凝体上，横跨腹部滚动。

**医嘱授权书** 是有能力的人在正常时签署的、给予保健服务提供者关于治疗选择指示的文件。医嘱授权书给予您机会表达自己对医疗保健决定的想法。

**黏附力** 纤维状带或疤痕组织造成内脏黏连在一起。

**胆红素** 确定肝脏和胆囊机能障碍的血液测试。

**全血细胞计数 (CBC)** 测量红血球 (RBC) 和白血球 (WBC) 数量的血液测试。如有炎症，白血球数量会增加。白血球数量的正常范围是8,000到12,000。

**内镜逆行胰胆管造影术** 末端带有一台照相机的内窥镜通过口腔、肠胃进入胆管进行检查，并去除胆结石。

**肝胆管亚氨基二乙酸扫描 (HIDA)** 放射性染料注入静脉后，对肝脏、胆囊和胆管进行影象扫描。

**疝气** 通过腹壁不正常的开口隆起的病症。

**磁共振胰胆管造影术** 使用强大的磁铁和无线电波显示身体图片的扫描。

此处发表的信息旨在向您提供有关具体外科程序的信息，不得取代与熟悉您的病情的合格的外科医生进行讨论。请记住，每一个人都有差异，施行任何手术的原因和结果均取决于患者的个人状况，这一点很重要。

美国外科医生学会 (ACS) 是科学与教育机构，致力于以符合道德和合格的方式进行外科手术。该机构的建立是为了提高外科手术的标准和改善外科患者的护理质量。ACS努力根据当前的科学信息向将要接受外科手术的患者提供信息；无法担保本手册内容的及时性、准确性或有用性。

## 参考资料

详情请访问美国外科医生学会患者教育网站 [www.facs.org/patienteducation/](http://www.facs.org/patienteducation/)。  
本手册中提供的信息选自最新临床研究资料。以下所列研究并不代表有关您的手术的全部信息。

1. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Treatment of gallstones and gallbladder disease. (2003)
2. National Institutes of Health. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. NIH Consensus Statement (1992)12:1-28
3. Nakeeb A, Cumuzzie AG, Martin L, et al. Gallstone: genetics versus environment. Annals of Surgery (2002)235:842-849
4. Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: a guideline based on risk of gallstone formation. American Journal of Medicine (1995)98:115-117
5. Souba W, Fink M, Jurkovich G, et al. ACS Surgery: Principles and Practice. New York, NY: WebMD, 2004
6. Petelin J. Laparoscopic common bile duct exploration. Surgical Endoscopy (2003)17: 1705-1715
7. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. Annals of Internal Medicine (1998)128:417-425
8. Leitzmann MF, Rimm EB, Willet WC, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. New England Journal of Medicine (1999)341:777-784
9. Moga MM. Alternative treatment of gallbladder disease. Medical Hypothesis (2003)60:143-147
10. Overend TJ, Anderson CM, Lucy SD, et al. The effect of incentive spirometry on post-operative complications. Chest (2001)120:971-978
11. Graham G, Baxi L, Tharakan T. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: a case series and review of the literature. Obstetrics and Gynecology Survival (1998)53:566-574
12. Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology (2002)14:375-379
13. Khaitan L, Apelgren K, Hunter L, et al. A report on the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) outcome initiative. Surgical Endoscopy (2003)17:365-370
14. Giger UF, Michel JM, Opitz I, et al. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery database. Journal of the American College of Surgeons (2006)203:723-728
15. Jackson SA, Laurence AS, Hill JC. Does post laparoscopy pain relate to residual carbon dioxide? Surgical Endoscopy (2004)18:170

审阅人: Patricia L. Turner, MD, FACS

Mark Malangoni, MD, FACS

Kathleen Heneghan, MSN, RN

2009年5月审阅 © 2009 American College of Surgeons

感谢Ethicon Endo-Surgery在印刷本文件时提供的帮助。