

腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎的疗效评价

张利科(江苏省泗阳县人民医院普外科 223700)

【摘要】 目的 分析腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗急性胆囊炎的临床效果。**方法** 选取 2009 年 1 月至 2013 年 12 月泗阳县人民医院接受治疗的 36 例急性胆囊炎患者。随机分为治疗组 18 例和对照组 18 例。治疗组患者采用 LC 治疗,对照组患者采用传统开腹胆囊切除术治疗,比较两组患者的手术时间、术中出血量、手术切口长度、术后止痛药使用情况、胃肠功能恢复时间、下床活动时间、住院时间及并发症发生率。**结果** 治疗组中有 1 例患者中转开腹手术,手术成功率为 94.4%(17/18)。治疗组的手术时间、术中出血量、手术切口长度、术后止痛药使用率、胃肠功能恢复时间、下床活动时间、住院时间均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组的并发症发生率为 11.1%明显低于对照组的 27.8%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** LC 治疗急性胆囊炎的效果理想,不仅缩短住院时间,而且降低了术后并发症发生率,值得临床推广应用。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术; 急性胆囊炎; 传统开腹胆囊切除术
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.19.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)19-2752-02

急性胆囊炎是临床常见的一种急腹症,临床特征为右上腹阵发性绞痛,同时伴有触痛及腹肌强直^[1]。近年来,随着我国人口老龄化,急性胆囊炎的发病率也随之上升,使大家开始关注急性胆囊炎的治疗方法。以往临床治疗急性胆囊炎常采用开腹胆囊切除术^[2],但随着腹腔镜技术的发展,腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗急性胆囊炎也逐渐得到肯定。本研究选取本院 2009 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 36 例急性胆囊炎患者,对其中 18 例患者采用 LC 治疗,疗效确切,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 1 月至 2013 年 12 月本院接受治疗的 36 例急性胆囊炎患者为研究对象。所有患者均经过 CT、MRI 和超声的检查确诊,随机分为治疗组 18 例和对照组 18 例。治疗组中男 10 例,女 8 例;年龄 31~76 岁,平均年龄(54.6±6.3)岁;体温 37.9~39.7℃。其中胆囊壁增厚 3 例、胆囊结石 9 例、胆囊周围积液 6 例。对照组中男 9 例,女 9 例;年龄 32~76 岁,平均年龄(55.1±5.9)岁;体温 37.9~39.6℃。其中胆囊壁增厚 4 例、胆囊结石 8 例、胆囊周围积液 6 例。临床均出现上腹疼痛、肌紧张、压痛等;白细胞均超过 10×10⁹/L。两组患者年龄、体温、白细胞等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。

1.2 方法 治疗组采用 LC 法。手术采用四孔法^[3],在患者脐上缘、右肋下缘锁骨中线及右腋前线、上腹正中处作直径 5~10 mm 的四个小孔,同时插入气腹针建立 CO₂ 气腹,将压力控制在 12 mm Hg,再置入腹腔镜,通过监视器荧光屏观察腹腔内情况,观察结石准确位置、胆囊周边组织粘连程度及胆囊三

角区水肿情况等^[4]。然后将粘连部位分离开,依据患者自身情况,采用顺行、逆行或顺逆结合的方式进行切除手术,通过腹部小切口将胆囊拉出。最后采用电凝止血,术后观察患者 24~72 h,依据患者引流情况决定拔管时间。

对照组采用传统的开腹胆囊切除术。选择右肋缘下、右上腹经腹直肌切口,将胆囊三角区解剖分离,然后用顺行或顺逆结合的方式切除胆囊,切除后使用生理盐水对腹腔进行冲洗,最后用间断缝合胆囊床。术后观察患者 24~72 h,依据患者引流情况决定拔管时间。

1.3 观察指标 (1)手术情况:记录两组患者的手术时间、术中出血量、手术切口长度、术后止痛药使用情况、胃肠功能恢复时间、下床活动时间、住院时间。(2)并发症情况:记录两组患者的术后出现黄疸、胆漏、胆管损伤等并发症情况及治疗组中转开腹的例数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况 治疗组中有 1 例患者中转开腹手术,手术成功率为 94.4%(17/18);治疗组的手术时间、术中出血量、手术切口长度、术后止痛药使用率、胃肠功能恢复时间、下床活动时间、住院时间均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的手术情况比较

组别	<i>n</i>	手术时间 ($\bar{x}\pm s$, min)	术中出血量 ($\bar{x}\pm s$, mL)	手术切口长度 ($\bar{x}\pm s$, cm)	术后止痛药使用 情况[<i>n</i> (%)]	胃肠功能 恢复时间($\bar{x}\pm s$, d)	下床活动时间 ($\bar{x}\pm s$, h)	住院时间 ($\bar{x}\pm s$, d)
治疗组	18	69.8±31.6 ^a	51.6±11.3 ^a	3.1±0.4 ^a	3(16.7) ^a	1.3±0.4 ^a	12.3±4.2 ^a	5.1±2.4 ^a
对照组	18	132.1±43.9	126.5±26.3	9.8±3.6	8(44.4)	2.9±1.3	26.7±6.9	13.1±3.6

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组患者并发症情况 治疗组的并发症发生率为11.1%明显低于对照组的 27.8%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者并发症情况(n)

组别	n	黄疸	感染	胆漏	胆管损伤	并发症发生率
治疗组	18	1	0	0	1	2(11.1) ^a
对照组	18	0	2	2	1	5(27.8)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

腹腔镜技术是一种微创手术,至今已应用于各种类手术中。急性胆囊炎患者,胆囊与周边组织粘连较为严重,周边也有严重的充血水肿,使手术解剖难度增大,且术后并发症也较多,曾一度被医学界认为是 LC 的禁忌证^[5-6]。而近年来,随着腹腔镜技术的发展、手术医生技术水平的提高,LC 越来越多地应用于治疗急性胆囊炎。许勇等^[7]的研究结果表明,应用 LC 治疗急性胆囊炎是安全可靠且治疗效果较为理想的手术方式。

LC 属于胆道外科手术,手术方式主要有两种,一种是顺行切除,一种是逆行切除。本次研究中,治疗组患者两种手术类型都有使用,手术效果较为理想。Velu 等^[8]及 Ukhanov 等^[9]提出了 LC 的并发症情况,如胆漏、黄疸、弹道损伤等,术后并发症的发生概率为 9.7%。本研究结果显示,治疗组并发症发生率为 11.1%明显低于对照组的 27.8%,差异有统计学意义($P<0.05$),与上述学者的结果一致。由此可见,虽然 LC 的并发症发生率低于传统开腹胆囊切除术,但仍然要引起医生重视。而采用针对性预防措施能有效降低并发症的发生率:(1)在最佳治疗时间内(发病 72 h 内)采取手术治疗;(2)电凝钩的使用要准确,防止热传导对胆管的损失;(3)在使用钛夹夹闭胆囊肿管时,牵拉胆囊要适度,防止误夹闭胆管;(4)在手术过程中准确判断患者病情,如果手术情况需要,应及时中转开腹手术。采用 LC 法患者出现以下情况时应及时中转开腹手术治疗:(1)在腹腔镜探查过程中发现胆总管或胆囊与周边组织有粘连情况,无法继续进行手术;(2)出现严重的胆囊萎缩,致使胆囊三角区发生瘢痕粘连;(3)在 LC 中发生大出血或有大出血倾向的患者应及时中转开腹,防止出现严重后果。

现在许多医院已将 LC 定为治疗急性胆囊炎的第一选择。但急性胆囊炎出现颈部结石嵌顿后,疾病会十分迅速发展,短时间内出现胆囊壁增厚和水肿症状,在发病 2~3 d,胆囊与周边组织形成严重粘连,甚至出现胆囊坏疽穿孔或网膜包裹等^[10-12]。所以急性胆囊炎患者通常伴有胆囊肿管结石、增粗、胆囊床出血、胆囊坏疽、胆囊三角冰冻样改变等十分复杂的病情。因此,治疗急性胆囊炎,应依据患者自身病情,采取适合的 LC 方式进行治疗。

综上所述,LC 治疗急性胆囊炎疗效显著,具有创伤小、痛苦少、恢复快等优点,而且有效降低了术后的并发症发生率,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 侯杰,刘伟新,徐剑,等. 老年人腹腔镜胆囊切除术应用 FTS 理念的治疗效果[J]. 中国老年学杂志,2013,33(14):3489-3490.

[2] 丁依红,顾陈怿,沈利荣,等. 电针复合药物全麻对围术期腹腔镜胆囊切除术患者血流动力学及内啡肽的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(6):761-765.

[3] 张正东,国维克. 单孔腹腔镜与传统腹腔镜胆囊切除术安全性的荟萃分析[J]. 检验医学与临床,2013,51(4):308-313.

[4] Sanjay P, Kulli C, Polignano FM, et al. Optimal surgical technique use of intra-operative cholangiography (IOC), and management of acute gallbladder disease: the results of a nation-wide survey in the UK and Ireland[J]. Ann-R-Coll-Surg-Engl,2010,92(4):302-306.

[5] 郝芳,秦鸣放,李宁,等. 腹腔镜胃底折叠术联合胆囊切除术治疗反流性食管炎合并胆囊结石、胆囊息肉 27 例[J]. 检验医学与临床,2013,53(18):38-40.

[6] 白洪祥,赵松. 腹腔镜胆囊大部切除并胆囊造瘘引流术在胆囊三角重度粘连性胆囊切除术中的应用[J]. 检验医学与临床,2013,33(11):2666-2667.

[7] 许勇,朱自满,王大东,等. 急性结石性胆囊炎腹腔镜手术的可行性及安全性探讨[J]. 检验医学与临床,2010,24(2):214-215.

[8] Velu PP, Hor K, Leighton S, et al. Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis[J]. Dig Dis Sci,2010,97(7):1149-1150.

[9] Ukhanov AP, Chakhmachev SR, Ignatev AI, et al. Using laparoscopic cholecystectomy in treatment of destructive forms of acute chole-cystitis[J]. Vestn Khir Im II Grek, 2011,169(2):15-19.

[10] 廖恒江,宋在如,王家林. 腹腔镜与开腹胆囊切除术后发生胆囊切除术后综合征的比较 [J]. 蚌埠医学院学报,2012,37(8):962-963.

[11] Lawrentschuk N, Hewitt PM, Pritchard MG. Elective laparoscopic cholecystectomy: Implications of prolonged waiting times for surgery[J]. ANZ J Surg,2013,73(11):890-893.

[12] 尹铁林,王富强,杨晓龙. 32 例腹腔镜胆囊切除术中胆囊肿管结石嵌顿的诊治体会[J]. 检验医学与临床,2012,7(5):89-90.