

• 基层园地 •

急性胆囊炎开腹与腹腔镜胆囊切除术疗效比较

李 林

【关键词】 胆囊切除;开腹手术;腹腔镜术

【中图分类号】 R 657.4

【文献标识码】 B

临床传统治疗急性胆囊炎多采用开腹胆囊切除术(open cholecystectomy, OC),存在恢复慢、出血多和创口愈合慢的问题。近年来,腹腔镜胆囊切除术(lap-
aroscopic cholecystectomy, LC)因其并发症少、出血少、恢复快而广泛应用于临床^[1]。本文选取 180 例急性胆囊炎病例,比较两种手术方式的疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取作者医院 2011-01/2012-04 月,经生化测试和 B 超检测等确诊为急性胆囊炎的 180 例患者,根据手术方式将 180 个病例分为两组,LC 组 95 例,OC 组 85 例。两组发病至手术前时间、性别、年龄和结石嵌顿等方面比较,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者均采用气管插管全身麻醉,LC 是采用特制管插进腹膜腔,再注入二氧化碳(CO₂)气腹后,在腹部开洞 3 孔,在腹腔镜下将胆囊管与其周围组织分离,用钛夹处理胆囊管、胆囊动脉,切除胆囊,遇到渗血采用电凝止血。OC 组手术方法是沿着病人右边的肋骨边缘切开,使得胆囊暴露,切除胆囊。观察两组并发症、手术时间、术后肛门排气时间、下床活动时间、住院时间等指标,比较两组疗效。

1.3 统计学处理

计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围手术期间指标观测结果

结果显示,相对 OC 组,LC 组的手术时间、住院时间、术后肛门排气时间短,恢复较快。组间差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组围手术期间观测指标结果($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术后排气 时间(d)	下床活动 时间(h)	住院时间 (d)
腹腔镜组	95	70.9±19.6	2.2±0.6	13.1±7.8	5.0±1.2
开腹手术组	85	97.2±23.5*	3.5±0.4*	24.7±4.7*	9.0±3.4*
t 值		8.101	17.219	12.229	10.280

注:组间比较,* $P<0.05$

2.2 两组手术后并发症发生率比较

本组资料手术并发症观测指标列为胆漏、肺部感染、胃肠道损伤、伤口愈合不佳 4 项。结果显示:LC 组并发症发生率为 5.26%(5/95),其中胆漏、肺部感染、伤口愈合不佳各发生 1 例,胃肠道感染发生 2 例;OC 组并发症发生率为 17.65%(15/85),其中胆漏 4 例,胃肠道感染 5 例,肺部感染及伤口愈合不佳各 3 例。LC 组并发症发生率低于 OC 组,具有统计学意义($\chi^2=6.966, P=0.008$)。

3 讨论

急性胆囊炎发病早期受炎症刺激,各类炎性细胞及纤维浆液渗出,此时渗出纤维蛋白的浆膜面与其他浆膜相互接触,形成纤维蛋白性粘连,但粘连比较疏松,术中分离相对比较容易。在急性期后期,随着纤维索性渗出物增多,成纤维细胞浸润,胶原形成而机化,新生血管长入,形成纤维性粘连乃至瘢痕组织。术中常会发现胆囊三角区解剖层次不清,给手术分离带来

困难^[2]。故急诊 LC 的手术时机与 OC 相似,以症状发作后 72 h 内手术最佳^[3]。

本组结果显示,腹腔镜切除组在并发症、手术时间、住院时间、伤口愈合等疗效上,均优于开腹切除组。但 LC 手术视野受限,要求医生必须熟练掌握腹腔镜技术,熟悉胆囊的解剖结构及其与周围组织脏器的联系。术中应“紧贴肝胆,自上而下,薄层渐进,宁伤胆勿伤管”,胆囊三角区尽量不使用电凝,如必须应用应掌握“薄层、悬空、半透明”技术要点,最大限度地减少热损伤^[4]。要始终保持器械在视野范围内操作,电钩电凝时注意回弹伤及胃肠道。分离胆囊动脉后用生物夹夹闭,避免剥离胆囊时的创面出血。胆囊动脉后支出血多见,可先用纱条压迫,明确出血动脉后用生物夹夹闭;胆囊床出血如电凝效果不佳,可用纱条或速即纱压迫,应避免反复无效的电凝以免加重出血。术后常规放置引流管,不仅可引流炎性渗出液,降低腹腔脓肿及膈下感染的发生率,更重要的是可观察有无胆漏及出

血,以便及时处理^[5]。若手术中损伤了其它脏器,应及时中转开腹,以避免发生严重并发症^[6-7]。

参 考 文 献

- [1] Asoglu O, Ozmen V, Karanlik H, *et al.* Does the complication rate increase in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis[J]. J Laparoendosc Adv Surg, 2004, 14(2): 81-86
- [2] 赵玉龙, 丁海. 急性胆囊炎腹腔镜手术时机的选择[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(3): 202-204
- [3] 林镇海. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊炎性疾病的国内研究进展[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(2): 157-158
- [4] 杨演清, 钱浩然, 林木青, 等. 冲吸钝性解剖法腹腔镜胆囊切除术在急性胆囊炎中的应用[J]. 外科理论与实践, 2011, 16(1): 68-69
- [5] 余同辉, 黄峻松, 黄奕江, 等. 急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术 420 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2012, 17(2): 140-142
- [6] 车河龙, 叶祥燕, 陈保华, 等. 急性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的原因分析和处理[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 9(6): 540-542
- [7] 钟华, 张宗明, 宿砚明. 急性结石性胆囊炎腹腔镜手术 252 例[J]. 世界华人消化杂志, 2006, 14(14): 1433-1436

(2012-08-21 收稿 2012-11-02 修回)

(上接第 605 页)

息以及血流状况^[7]。本组资料中, 4D-CTA 成像技术不仅能发现所有病灶, 而且能精确显示畸形血管团的三维空间结构信息, 还能提供对临床治疗有用的血液动力学信息, 如 AVM 的流量、脑盗血情况等。本研究中, 有 1 例发生于幕下小脑半球的 AVM, 4D-CTA 未能发现其中一支细小供血动脉, 分析原因, 可能与颅底骨质结构干扰有关。

3.3 4D-CTA 技术对临床治疗的指导作用

颅内 AVM 治疗的目的是使 AVM 消失, 减少病残率和病死率, 单一治疗方案很难达到治愈全部病例的目的, 因此, 治疗方案的选择是治愈脑 AVM 的关键^[10]。术中先处理供血动脉、再分离畸形血管团、最后处理引流静脉。在清除血肿时, 应注意仔细寻找畸形血管团是其治疗原则^[11]。4D-CTA 技术可以显示纯动脉期、静脉期图像, 并能显示病灶区血流动力学改变, 同时对 AVM 进行多方位定量测定, 为临床治疗提供全面、直观、准确的影像学信息, 具有极高的临床应用价值。此外, 320 排动态容积 CT 因其检查速度快、图像分辨率高、费用低廉的优点, 使其成为重要的术后评估和随访手段。

参 考 文 献

- [1] Pik JH, Morgan MK. Microsurgery for small arteriovenous malformations of the brain: results in 110 consecutive patients[J].

Neurosurgery, 2000, 47(3): 571-577

- [2] Klingebiel R, Siebert E, Diekmann S, *et al.* 4-D imaging in cerebrovascular disorders by using 320-slice CT: feasibility and preliminary clinical experience[J]. Acad Radiol, 2009, 16(2): 123-129
- [3] 邹佳妮, 陈信坚, 樊光辉, 等. 320 排动态容积 CT 在 PCI 术后随访中的价值[J]. 华南国防医学杂志, 2011, 25(6): 509-511
- [4] 朱晓华, 李士骏, 薛永明, 等. 胸部 CT 低剂量扫描的图像质量与吸收剂量关系分析[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(10): 945-950
- [5] 李真林, 肖家和, 杨志刚, 等. 小儿头部多层螺旋 CT 检查的放射剂量评价[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(1): 73-76
- [6] Kaufmann TJ, Huston J 3rd, Mandrekar JN, *et al.* Complications of diagnostic Cerebral angiography: evaluation of 19,826 consecutive patients[J]. Radiology, 2007, 243(3): 812-819
- [7] Krings T, Willems P, Barfett J, *et al.* Pulsatility of an intracavernous aneurysm demonstrated by dynamic 320-detector row CTA at high temporal resolution[J]. Cent Eur Neurosurg, 2009, 70(4): 214-218
- [8] Salomon EJ, Barfett J, Willems PW, *et al.* Dynamic CT angiography and CT Perfusion employing a 320-detector row CT: protocol and current clinical applications[J]. Klin Neuroradiol, 2009, 19(3): 187-196
- [9] Siebert E, Bohner G, Dewey M, *et al.* 320-slice CT neuroimaging: initial clinical experience and image quality evaluation[J]. Br J Radiol, 2009, 82(979): 561-570
- [10] Zabel A, Milker-Zabel S, Huber P, *et al.* Treatment outcome after linac-based radiosurgery in cerebral arteriovenous malformations: retrospective analysis of factors affecting obliteration[J]. Radiother Oncol, 2005, 77(1): 105-110
- [11] Miyamoto S, Hashimoto V, Nagata I, *et al.* Posttreatment sequelae of palliatively treated cerebral arteriovenous Malformation[J]. Neurosurgery, 2000, 46(3): 589-594

(2011-11-28 收稿 2012-06-25 修回)