

· 临床研究 ·

## 腹腔镜下治疗急性胆囊炎 130 例的临床分析

宋建宁, 罗玉政<sup>△</sup>, 洪明, 宋林学  
(重庆市第九人民医院肝胆外科 400700)

**摘要:**目的 探讨腹腔镜下治疗急性胆囊炎的疗效及安全性。方法 对 130 例急性胆囊炎, 术前充分准备后行腹腔镜胆囊切除术(LC), 观察急性胆囊炎行 LC 的疗效和术后恢复过程。结果 130 例患者中结石性胆囊炎患者 111 例, 非结石性胆囊炎者 19 例, 其中 125 例行 LC, 中转开腹胆囊切除术 5 例, LC 手术切除率为 96.2%, 术后并发症发生率为 3.8%。结论 胆囊炎急性期不应成为 LC 的禁忌证, 胆囊炎急性期行 LC 是安全可行的。

**关键词:**急性胆囊炎; 腹腔镜胆囊切除术

中图分类号: R657.41; R616.6

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)05-0553-02

## Clinical analysis of laparoscopy for treating acute cholecystitis in 130 cases

SONG Jian-ning, LUO Yu-zheng<sup>△</sup>, HONG Ming, et al.

(Department of Hepatobiliary Surgery, Ninth People's Hospital of Chongqing City, Chongqing 400700, China)

**Abstract: Objective** To investigate the curative effect and safety of laparoscopy for treating acute cholecystitis. **Methods** The clinical data of 130 patients with acute cholecystitis in our unit in the last year were reviewed. **Results** The resection rate was 96.2%, the incidence of postoperative complications was 3.8%. **Conclusion** Acute cholecystitis should not be the contraindication of laparoscopic cholecystectomy. Laparoscopic cholecystectomy is feasible in acute cholecystitis.

**Key words:** acute cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)以其创伤小、恢复快、患者痛苦小,已成为治疗胆囊良性疾病的标准而普遍应用于临床,但开展之初,因医生个人技术原因,适应证较少,影响了手术的开展。近年来,随着外科医师技术的提高,手术并发症有了很大程度的下降,适应证明显提高。但急性胆囊炎由于组织水肿粘连重,解剖结构不清。若处理不当,会造成严重后果,不但增加患者的痛苦和医疗费用,还易产生医疗纠纷。故仍有许多医生将其列为 LC 的手术禁忌。2007 年 5 月至 2008 年 7 月,本院对 130 例急性胆囊炎患者施行腹腔镜胆囊切除术,疗效较好,现总结报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 130 例,男 72 例,女 58 例,年龄 18~82 岁,平均 53.3 岁。术前患者腹痛时间 72 h 至 8 d,平均为 6.8 d。

**1.2 临床特点** 全组病例均有不同程度的右上腹部疼痛及压痛,部分疼痛放射至肩背部,体温 38.0℃以上 76 例,白细胞大于  $12 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞大于 75% 106 例,超声检查胆囊颈部结石嵌顿 92 例,胆囊壁增厚( $>0.3$  cm)、双层或呈“WES”征 85 例,胆总管直径均小于 1.0 cm,且未发现胆总管结石、新生物、蛔虫等病变。肝功能检查均无明显阻塞性肝损害的表现。术前均排除急性胰腺炎。

**1.3 手术方法** 采用气管插管全身麻醉,体位呈头高足低 15°~20°、右高左低 10°卧位,常规建立气腹,采用常规三孔技术,必要时于右侧腋中线增加一操作孔,以协助暴露。手术历时 40~160 min,平均 62 min。术毕均置血浆引流管于胆囊床,引流 24~48 h。

## 2 结果

胆囊与大网膜及胃肠不同程度粘连 107 例,坏疽性胆囊炎 35 例,Calot 三角呈“冰冻性”粘连 8 例。共成功实施 LC 125 例(96.2%),其中 87 例行腹腔镜下中路法胆囊切除术<sup>[1]</sup>,38 例行单纯 LC,中转开腹 5 例(3.8%)。1 例因腹膜广泛粘连致 Calot 三角显示不清而中转开腹,2 例因术中出血腹腔镜止血失败而中转开腹,1 例因结石较大致胆囊胆总管瘘,1 例为胆囊十二指肠瘘。术后共有 5 例发生并发症(3.8%),其中 2 例(1.5%)术后腹痛无缓解,甚至加重,并出现黄疸,行 ERCP 检查证实为胆总管结石,行 EST 取石后腹痛缓解,黄疸消退。2 例(1.5%)术后出现胆漏,起初为每天引流 50~100 mL,以后逐渐减少,考虑为胆囊下肝管漏,约 1 周左右痊愈。1 例(0.7%)术后腹痛加剧,体温持续升高,腹腔镜探查见胆囊床积血伴感染,清除血肿,未见活动性出血,置血浆引流管引流,术后予以抗感染治疗后痊愈。住院时间 4~10 d。平均 6 d。所有患者随访良好。全组均无胆管损伤及后遗症发生。

## 3 讨论

**3.1 手术时机的选择** 腹腔镜胆囊切除的治疗时机,目前大多数主张在胆囊炎急性期内(发病 24~72 h)行腹腔镜胆囊切除术<sup>[2-4]</sup>;传统上认为,胆囊炎发病 3 d 以上,病程已较晚,局部有肿块并已局限性,非手术治疗下情况稳定者,宜继续非手术治疗,待后期择期手术<sup>[5]</sup>,且由于胆囊本身及其周围和 Calot 三角区仍有明显的炎症,最好待 3~6 个月后再行 LC 手术较为安全<sup>[6]</sup>;但胆囊炎一经发作,特别是结石性胆囊炎,绝大多数患者终究需要手术,保守治疗费时较长,花费大,还不一定保证炎症能有效得以控制或在发作后的 2~3 个月内不再发作<sup>[7]</sup>。

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: luoyuzhengdoc@126.com.

本组处于急性期的胆囊炎经积极手术治疗,大部分达到 I 期手术切除,切除率为 96.2%,其并发症发生率为 3.8%,亦低于报道的急性期胆囊炎手术各种并发症发生率(15.0%)<sup>[8]</sup>。康开庆和李绍银<sup>[9]</sup>报道,对病程大于 72 h 但小于 1 周的急性胆囊炎病例,根据 B 超等影像学检查,也可选择 LC 手术。所以胆囊炎急性期(特别是发病大于 72 h)不应成为胆囊切除术的禁忌证,反而有必要于急性期施行胆囊切除术。

**3.2 手术指征** (1)胆囊炎经积极抗炎对症治疗超过急性期但炎症控制不满意,特别是结石性梗阻性胆囊炎于急性炎症期,抗炎治疗往往疗效不佳,此时虽经积极抗炎治疗仍无明确好转,甚至有加重趋势者,应行胆囊切除术,此时多可行 LC。(2)胆囊炎症短期内反复发作,不能过渡至慢性炎症期。胆囊炎一经发作,绝大多数患者炎症暂时得到控制后,由于饮食控制不当或其他原因造成胆囊炎反复发作,不能有效地由急性期过渡到慢性期,亦应在急性期内手术治疗。(3)胆囊颈结石嵌顿,胆囊肿大明显者。胆囊内结石嵌顿于胆囊颈管处,造成胆囊出口梗阻,以致胆囊充血肿大、甚至化脓性感染、胆囊穿孔等,且此时抗炎治疗往往效果较差,只有切除胆囊,才能有效地缓解炎症,本组 92 例,取得了较好的效果。何沛友和左其明<sup>[10]</sup>报道,急性胆囊炎合并胆囊结石嵌顿的患者应正确地选择手术时机,采用 LC 手术是可行的。

**3.3 LC 方式的选择** (1)单纯 LC:对于胆囊三角解剖结构尚清楚,胆囊与周围组织粘连较轻,可直接行 LC,本组 38 例施行此术式。(2)中路法 LC:对于胆囊炎症水肿重,Calot 三角解剖困难者,可采用中路法胆囊切除术<sup>[1]</sup>,本组 87 例施行此术式,效果良好。

**3.4 术后处理** 由于急性期胆囊炎炎症较重,腹腔粘连重,创面渗出较多,本研究常规放置引流,既可引流渗出液,又可观察术后胆漏及出血情况,取得了很好的效果。

综上所述,胆囊炎急性期不应成为腹腔镜胆囊切除术的禁忌证,只要掌握好手术指征,就能为患者解除痛苦,达到治愈的目的。对于胆囊炎合并胆囊结石者,在急性期,胆囊虽然水肿较重,但大多解剖关系尚清楚,此时手术损伤小,并发症少,可

以选择腹腔镜手术。本组中有 125 例采取了腹腔镜手术,效果良好。对于单纯性胆囊炎一般统称为非结石性胆囊炎,其发病原因有胆道蛔虫、胆囊息肉、胆囊管狭窄等。若炎症反复发作,则应行胆囊切除术,由于一般无结石嵌顿,多可行腹腔镜手术,本组 19 例,术后效果良好。

#### 参考文献:

- [1] 洪明,全蜀生,潘金国,等.腹腔镜下中路法胆囊切除术 18 例报告[J].中华肝胆外科杂志,2003,9(7):432.
- [2] 朱江,辛磊,陆贵民,等.结石性急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术 286 例治疗体会[J].新疆医科大学学报,2008,31(3):298.
- [3] 吴玉江.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术适应证与术式研究[J].中国微创外科杂志,2005,5(4):290.
- [4] Serralta AS, Bueno JL, Planells MR, et al. Prospective evaluation of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for early cholecystitis[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2003, 13(2):71.
- [5] 吴阶平,裘法祖.黄家驹外科学[M].6 版,北京:人民卫生出版社,2002:1276.
- [6] 陈训如,田伏洲,黄大熔.微创胆道外科手术学[M].北京:军事医学科学出版社,2004:347.
- [7] 张耘.急性胆囊炎手术时机与方式探讨[J].临床外科杂志,2002,10(5):314.
- [8] 黄志强.黄志强胆道外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2000:319.
- [9] 康开庆,李绍银.急性胆囊炎腹腔镜手术 55 例临床体会[J].重庆医学,2008,37(15):1668.
- [10] 何沛友,左其明.急性胆囊炎合并胆囊结石嵌顿的腹腔镜处理[J].重庆医学,2008,37(18):2075.

(收稿日期:2009-05-27 修回日期:2009-09-08)

(上接第 552 页)

品无疑具有指导意义。

(志谢:感谢吉林大学畜牧兽医学院韩文瑜老师提供改良 Minka 液体培养基配方。)

#### 参考文献:

- [1] Regue M, Hita B, Pique N, et al. A gene, *uge*, is essential for *Klebsiella pneumoniae* virulence [J]. Infect Immun, 2004, 72(1):54.
- [2] Witkowska D, Mieszala M, Gamian A, et al. Major structural proteins of type 1 and type 3 *Klebsiella* fimbriae are effective protein carriers and immunogens in conjugates as revealed from their immunochemical characterization [J]. FEMS Immunol Med Microbiol, 2005, 45(2):221.
- [3] 何礼洋,韩文瑜,贾艳,等.鸡源肺炎克雷伯菌菌毛的分型 [J].中国生物制品学杂志,2007,20(8):575.
- [4] Purcell BK, Clegg S. Construction and expression of re-

combinant plasmids encoding type 1 fimbriae of a urinary *Klebsiella pneumoniae* isolate [J]. Infect Immun, 1983, 39(3):1122.

- [5] Tarkkanen AM, Virkola R, Clegg S, et al. Binding of the type 3 fimbriae of *Klebsiella pneumoniae* to human endothelial and urinary bladder cells [J]. Infect Immun, 1997, 65(4):1546.
- [6] 熊一平,余显书,曹何,等.147 株肺炎克雷伯菌引起医院感染调查和药敏结果分析 [J].重庆医学,2004,33(2):283.
- [7] 胡波,刘威,王芹.肺炎克雷伯菌肺炎耐药性检测与分析 [J].重庆医学,2004,33(9):1354.
- [8] 周安宇.746 例痰标本中的病原菌分布及耐药性分析 [J].重庆医学,2008,37(11):1239.

(收稿日期:2009-07-22 修回日期:2009-09-09)