

· 临床研究 ·

腹腔镜胆囊切除术治疗老年急性坏疽性胆囊炎 54 例报道

李元君, 陈治强

(重庆市第五人民医院普外科 400062)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆囊切除术治疗老年急性坏疽性胆囊炎的效果。方法 回顾性分析该院应用腹腔镜胆囊切除术治疗 54 例老年急性坏疽性胆囊炎患者的临床资料。结果 50 例老年急性坏疽性胆囊炎患者在腹腔镜下切除病变胆囊, 4 例中转开腹切除病变胆囊, 住院时间 8~13 d, 无手术并发症, 54 例均痊愈出院, 无死亡病例。结论 腹腔镜胆囊切除术是治疗老年急性坏疽性胆囊炎安全有效的方法, 值得临床推广。

关键词:老年人; 坏疽性胆囊炎; 腹腔镜

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.19.016

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)19-1938-02

Laparoscopic cholecystectomy for acute senile gangrenous cholecystitis: a report of 54 cases

Li Yuanjun, Chen Zhiqiang

(Department of General Surgery, the Fifth People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400016, China)

Abstract: **Objective** To explore the curative effects of laparoscopic cholecystectomy for the acute senile gangrenous cholecystitis. **Methods** The clinical dates about 54 cases of acute senile gangrenous cholecystitis who were treated by laparoscopic cholecystectomy were analyzed. **Results** 50 necrotic gallbladders were completely removed by laparoscopic cholecystectomy, 4 cases were removed by traditional cholecystectomy. There were no surgical complications. All patients were cured and discharged home in 8~13 d. **Conclusion** Laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective therapy for the acute senile gangrenous cholecystitis.

Key words: aged; gangrenous cholecystitis; laparoscopy

急性坏疽性胆囊炎是严重的胆囊病变类型, 目前观念认为手术切除病变胆囊是其惟一根治性治疗方法。老年患者各器官功能存在生理性减退, 同时多伴有冠心病、高血压、糖尿病等慢性疾病, 传统开腹手术危险性大。本院从 2006 年 10 月至 2011 年 10 月共收治老年急性坏疽性胆囊炎患者 54 例, 50 例采用腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)治疗, 4 例中转开腹切除病变胆囊, 均取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 54 例患者, 其中男 17 例, 女 37 例; 年龄 63.5~80.7 岁, 平均 70.6 岁。术前右上腹疼痛 52 例, 心前区不适 1 例, 右肩背放射痛 5 例, 14 例有明显畏寒、发热表现。54 例患者均有右上腹部压痛, Murphy 征均阳性, 实验室检查白细胞和中性粒细胞计数均明显高于正常水平, 31 例有轻、中度胆红素、转氨酶升高。54 例中合并高血压 24 例, 糖尿病 31 例, 冠状动脉硬化性心脏病 20 例, 慢性阻塞性肺疾病 17 例, 同时有两种或两种以上合并症者 15 例。所有患者均行 B 超或 CT 检查排除合并胆管结石及肿瘤可能, 术后均行病理检查明确急性坏疽性胆囊炎诊断。

1.2 合并内科疾病的处理 术前请相关专科会诊指导临床用药及术前评估, 将患者血压、血糖、心脏及呼吸功能等各项指标控制在手术适应的合理范围内。术前常规禁食, 清洁灌肠, 安置胃肠减压管等。

1.3 手术方法 全麻后常规建立气腹, 气腹压力控制在 9~12 mm Hg, 注意慢速进气并观察心电图及 SpO₂ 的变化。采用四孔法操作易暴露术野。若紧密粘连为胃肠, 可沿胆囊浆膜下分离, 高涨的胆囊先行穿刺减压。明确“三管一壶”的解剖关系, 胆囊管近端靠近胆总管、肝总管处尽量不用电凝钩打开。部分病例 Calot 三角因炎性水肿, 组织增厚、变脆, 切开浆膜后有大量水肿液溢出且容易渗血。特别是肥胖患者 Calot 三角

有大量脂肪沉积, 尤易造成术野模糊不易显露, 需用条纱擦拭和持续吸引以保持良好的视野。常规术区引流。

1.4 术后处理 根据术中胆囊及周围炎症情况给予抗生素治疗, 参考体征及血象停药, 加强基础疾病的监控和治疗, 严密观察腹腔引流量及性状。无胆漏或脓性分泌物者酌情于术后 24~48 h 拔除引流管。早期进行下肢活动, 防止下肢深静脉血栓形成。

2 结果

54 例老年急性坏疽性胆囊炎患者中, 4 例胆囊三角粘连严重, 难以分离, 行中转开腹切除; 其余 50 例行 LC 治疗。手术时间 70~187 min, 平均 116 min。经积极术后处理及并发症的预防, 54 例患者术后均未出现肺部感染、心脏并发症、胆瘘、胆囊床渗血等严重并发症。术后住院时间 3~7 d, 均痊愈出院。

3 讨论

坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎的一种特殊类型, 占急性胆囊炎的 2% 左右, 临床症状往往比较严重。目前认为, 其是急性胆囊炎的最后阶段^[1], 行胆囊切除术是外科治愈的“金标准”^[2]。老年人患坏疽性胆囊炎时由于机体反应能力差, 对疼痛感觉迟钝, 腹痛、发热和白细胞增多不如青壮年明显, 且老年人有不同程度血管硬化易致胆囊壁缺血坏死, 因而起病急、进展快, 胆囊坏疽穿孔率高, 腹部体征不典型。老年人合并疾病多, 往往潜在多种脏器功能不全, 尤其是心肺疾病, 对麻醉、手术耐受性差, 手术风险较高。LC 是目前最多、最广泛地运用于临床, 较传统开腹胆囊切除术具有手术创伤小、术后疼痛轻、能较早地恢复活动、切口不易感染等优点, 已成为胆囊切除的主要方法之一^[3]。黎介寿^[4]的研究结果表明, 腹腔镜手术时气腹及高碳酸血症对患者心肺功能、肾脏血流动力学、颅内压及免疫系统均有一定影响。而老年人心肺功能储备均有一定程度降低, 特别是部分患者伴有多系统疾病, 增加了手术及麻醉的风险, 增加了并发症发生率及病死率。在开展 LC 早期, 有学

者认为 CO₂ 气腹对呼吸循环系统有影响,尤其对心肺功能不全的老年人不宜施行 LC。但 Yacoub 等^[5]的研究结果表明 CO₂ 气腹对老年人多项功能指标有影响,但变化是一过性的,手术结束(即放气 5 min,拔管后 5~10 min)后即能恢复,可依靠调节通气控制,使原来肺功能较差的患者也可以耐受。应该说 LC 对肺功能影响小,且麻醉对术后肺功能并无明显影响,因此,老年患者行 LC 治疗是安全可行的。

3.1 术前准备 正确评估各脏器功能及其对麻醉、气腹和手术耐受性,并制订手术方案及风险应对措施。术前有高血压者应使血压控制在 150/90 mm Hg 以下;对有冠心病者予以扩冠以改善心肌供血;心律失常、心力衰竭患者,尤其对于室性心律失常者一定在术前应予控制,使心功能维持在 II 级以内;伴有呼吸系统疾病者应用抗炎、止咳化痰治疗,必要时做动脉血气分析,了解呼吸系统功能及内环境稳定情况,一般认为 PaO₂ < 70 mm Hg, PaCO₂ > 45 mm Hg 属于高危患者;对于 LC 耐受性差,应治疗后再手术;糖尿病患者血糖应控制在 8 mmol/L 以下;对由于急性炎症导致肝功能受损者,LC 术后予以正确护肝治疗肝功能可渐恢复;对部分患慢性肝病者,术后可应用维生素 K 改善凝血功能。

3.2 手术操作 对急性坏疽性胆囊炎行 LC,一定要建立在娴熟的基本操作技能的基础上,熟悉肝外胆道系统解剖结构,同时要有镜下识别由于长时间炎症影响下胆囊三角解剖结构明显变异的能力。辨清“三管一壶”的解剖关系是手术成功的关键^[6]。本组 4 例因镜下无法解剖胆囊三角及时中转开腹。急性坏疽性胆囊切除术后,其周围组织炎性渗出较多,也可能存在毛细胆管漏胆、手术创面渗血,术后酌情放置腹腔引流管引流,可以作为术后有无出血或胆漏等的观察窗口,并可减少术后腹腔感染的概率。

3.3 手术后严密及时观察 术后观察引流液的性状和腹部体征,了解有无活动性出血和胆瘘,引流管 2~3 d 后拔除^[7]。同时密切观察有无肠损伤、皮下气肿、切口疝、切口感染、腹腔脓肿等。术后卧床期间多做肢体屈伸活动,以防止下肢深静脉血

栓形成。

本组 54 例患者均顺利完成手术,无心肺等重要器官并发症、胆管和血管损伤。因此,作者认为,除全身条件极差不能耐受手术和无法解剖胆囊三角者外,老年急性坏疽性胆囊炎行 LC 并非绝对禁忌,重视老年患者的围术期治疗,及时发现并处理并发症,行 LC 是安全可行。

参考文献:

- [1] Khokonov MA, Silina EV, Stupin VA, et al. Free radical processes in patients with the acute calculous cholecystitis [J]. *Khirurgiia (Mosk)*, 2011, 6(2): 58-64.
- [2] Tekin A, Kucükkartallar T, Belviranlı M, et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis [J]. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2009, 15(1): 62-66.
- [3] Choi SB, Han HJ, Kim CY, et al. Early laparoscopic cholecystectomy is the appropriate management for acute gangrenous cholecystitis [J]. *Am Surg*, 2011, 77(4): 401-406.
- [4] 黎介寿. 腹腔镜手术对生理功能的影响 [J]. *中国微创外科杂志*, 2002, 2(1): 1-3.
- [5] Yacoub WN, Petrosyan M, Sehgal I, et al. Prediction of patients with acute cholecystitis requiring emergent cholecystectomy: a simple score [J]. *Gastroenterol Res Pract*, 2010: 901739.
- [6] 范琳峰, 雷长江, 邱志东, 等. 急性坏疽性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的预防 [J]. *中国内镜杂志*, 2011, 17(4): 414-416, 419.
- [7] Arroyo K, Bonadies J, Ciardiello K. Bile leak in open cholecystectomy: related to gangrenous cholecystitis [J]. *Conn Med*, 2010, 74(6): 329-331.

(收稿日期: 2012-01-10 修回日期: 2012-03-02)

(上接第 1937 页)

- [J]. *Gut*, 1994, 35: 941-945.
- [2] Daly JM, Karnell LH, Menck HR. National cancer data base report on esophageal carcinoma [J]. *Cancer*, 1996, 78(8): 1820-1828.
 - [3] Kelsen DP, Ginsberg R, Pajak TF, et al. Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer [J]. *N Engl J Med*, 1998, 339(27): 1979-1984.
 - [4] Cooper JS, Guo MD, Herskovic A, et al. Chemoradiotherapy of locally advanced esophageal cancer: long-term follow-up of a prospective randomized trial (RTOG 85-01). Radiation Therapy Oncology Group [J]. *JAMA*, 1999, 281(17): 1623-1627.
 - [5] Bedenne L, Michel P, Bouché O, et al. Chemoradiation followed by surgery compared with chemoradiation alone in squamous cancer of the esophagus: FFCD 9102 [J]. *J Clin Oncol*, 2007, 25(10): 1160-1168.
 - [6] Medical Research Council Oesophageal cancer Working Group. Surgical resection with or without preoperative

chemotherapy in oesophageal cancer: a randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 2002, 359(9319): 1727-1733.

- [7] Stahl M, Stuschke M, Lehmann N, et al. Chemoradiation with and without surgery in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the oesophagus [J]. *J Clin Oncol*, 2005, 23: 2310-2317.
- [8] Kelsen D, Ginsberg R, Bains M, et al. A phase II trial of paclitaxel and cisplatin in patients with locally advanced metastatic esophageal Cancer: a preliminary report [J]. *Semin Oncol*, 1997, 24(6 Suppl 19): S19-77.
- [9] Manish AS, Schwartz GK. Treatment of metastatic esophagus and gastric Cancer [J]. *Semin Oncol*, 2004, 31(4): 574-587.
- [10] Minsky BD, Pajak T, Ginsberg RJ, et al. NT 0123 (RTOG94-05) phase III trial of combined modality therapy for esophageal Cancer: high dose (64.8 Gy) vs standard dose (50.4 Gy) radiation therapy [J]. *J Clin Oncol*, 2002, 20(9): 1167-1174.

(收稿日期: 2011-10-09 修回日期: 2012-01-06)