

不同手术方式治疗急性胆囊炎疗效及术后康复情况分析

刘东涛, 罗春梅, 李 兵, 陈智敏, 韩 强(崇州市人民医院, 四川崇州 611230)

【摘要】 目的 探讨不同手术方式在急性胆囊炎中的应用效果。**方法** 将 88 例急性胆囊炎行胆囊切除术患者随机均分为对照组和观察组, 对照组采用开腹手术, 观察组采用腹腔镜胆囊切除术, 比较量化手术指标、免疫功能指标及术后康复指标的组间差异。**结果** 与对照组比较, 观察组手术切口更小, 术中出血量及术后腹腔引流量更少, 手术时间、术后腹腔引流时间及住院时间更短, 术后第 3 天 IgG、IgA、IgM 水平更高($P<0.05$)。**结论** 对急性胆囊炎患者施行腹腔镜胆囊切除术临床效果满意, 可减少对患者免疫功能的影响, 促进患者术后恢复。

【关键词】 急性胆囊炎; 腹腔镜; 胆囊切除术; 效果分析
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 12. 044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)12-1563-02

近年来, 国内急性胆囊炎发病率呈上升趋势^[1-2]。腹腔镜胆囊切除术(LC)是胆囊切除最常用手术方式之一, 具有较好的临床效果和安全性, 但 LC 是否可以用于急性胆囊炎胆囊切除尚存争议^[3]。急性胆囊炎病情复杂, 进展快, 患者常伴有其他器官疾病或免疫力降低, 开腹手术存在一定风险, 而保守治疗与胆囊穿刺引流效果不佳, 甚至会延误病情^[4]。为比较不同手术方式治疗急性胆囊炎的效果, 现以本院急性胆囊炎患者 88 例为研究对象, 分析不同手术方式治疗急性胆囊炎的疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2009 年 7 月至 2012 年 7 月收治的急性胆囊炎患者 88 例, 男 54 例、女 34 例, 年龄(48.78±14.30)岁, 均为急性胆囊炎初诊患者, 近期无上腹部手术史, 包括急性单纯性胆囊炎 42 例、急性化脓性胆囊炎 36 例、急性坏疽性胆囊炎 10 例。所有患者符合急性胆囊炎诊断标准。按照入选研究的编号末位奇偶随机均分为对照组和观察组, 性别、年龄及各项入院检查指标组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 所有患者均行常规对症支持治疗与基础护理。观

察组采用全麻下“四孔法”LC 术式, 术后局部冲洗, 如渗出物较多, 置腹腔引流管, 如手术分离粘连不顺利、发现胆囊三角“冰冻样”粘连或造成内瘘, 立刻行中转开腹^[5]。对照组采用开腹手术治疗。研究指标包括量化手术指标(切口长度、术中出血量及手术时间)、免疫功能指标(术后第 3 天 IgG、IgA、IgM 水平)及术后康复指标(术后腹腔引流量、引流时间及住院时间)。为整体体现 LC 治疗急性胆囊炎的效果, 观察组 11 例中转开腹手术患者数据仍计入观察组。

1.3 统计学处理 所有数据经 Epidata 双向核查输入计算机, 采用 SPSS17.0 软件进行分析; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 显著性检验水准为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结 果

(1) 量化手术指标: 观察组切口长度小于对照组, 术中出血量少于对照组, 手术时间短于对照组($P<0.05$)。(2) 量化手术指标: 观察组 IgG、IgA、IgM 水平均高于对照组($P<0.05$)。(3) 术后康复指标: 观察组术后腹腔引流量、引流时间和住院时间均少于对照组($P<0.05$)。各指标组间比较见表 1。

表 1 不同研究指标组间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	量化手术指标			量化手术指标			术后康复指标		
	切口长度 (cm)	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	IgG(g/L)	IgA(g/L)	IgM(g/L)	术后腹腔引 流量(mL)	术后腹腔引流 时间(h)	住院时间 (d)
观察组	3.42±0.54	35.49±12.05	38.23±12.02	9.54±0.48	1.97±0.36	0.95±0.14	125.49±19.96	13.12±2.98	4.60±2.35
对照组	10.23±2.29	78.09±17.60	79.97±28.05	7.37±0.32	1.54±0.26	0.56±0.18	284.09±35.94	36.59±12.93	8.03±3.59
t 值	19.18	13.25	9.07	24.97	6.43	11.34	25.59	11.73	5.30
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

急性胆囊炎因胆囊壁充血水肿, 易发生渗血, 且胆囊扩大, 表面张力高, 不易夹持, 曾被认为是 LC 禁忌证之一。但随着手术技术的发展, 目前 LC 已可用于急性胆囊炎胆囊切除, 且相比于传统开腹切除术, LC 具有创伤小、痛苦少、术后康复快及切口小等优点^[6]。在急性胆囊炎胆囊切除术中使用 LC, 需注意以下原则及方法。(1) 术前放置胃管进行胃肠减压有助于

提高 LC 分离组织时的成功率。(2) 术中分离操作应仔细。对于因组织致密粘连导致的血管粘连, 应使用电钩仔细缓慢分离; 有结石嵌顿时可使用胆囊穿刺减压, 但需保持胆囊有一定的充盈度, 便于术中分离; 如炎症较重或解剖结构模糊, 应缓慢使用钝性分离, 分清“三管一壶腹”的关系, 保护肝总管。(3) 如有结石, 应将其推入胆囊, 无法实现者应及时取石。(4) 胆囊水肿时, 可使用 Reoder 圈套结扎法及阶梯法交替; 炎性渗出物较

多时,应放置腹腔引流管。(5)术中发现有中转开腹指证者,应立刻进行开腹手术,不可勉强进行腹腔镜介入治疗。

近年来,对于 LC 治疗时间窗的研究较多,但未能形成权威结论^[7-8]。LC 手术时机选择应主要考虑患者胆囊炎症和充盈度,同时应尽量减少急性胆囊炎对其他器官造成的损害^[9-10]。因此,笔者认为采用 LC 行急性胆囊炎胆囊切除术,在保证患者符合手术指证的情况下尽快进行,以便提高疗效,改善患者预后。

本研究结果显示,与对照组比较,观察组切口长度更小,术中出血量更少,手术时间和住院时间更短($P<0.05$),均与预期结果一致。虽然 LC 术中亦有发生中转开腹的可能,但整体手术量化指标优于传统开腹治疗。为证实其优势在免疫系统的体现,本研究比较了患者术后免疫球蛋白水平,结果显示观察组 IgG、IgA、IgM 水平均高于对照组($P<0.05$)。应该明确的是,对患者而言,LC 和开腹手术均强烈的应激反应,抑制患者免疫系统功能。IgG、IgA、IgM 均由 B 细胞分泌,而 B 细胞术后分泌功能的恢复与创伤程度有关^[11-12]。观察组 IgG、IgA、IgM 水平较对照组高,说明 LC 较开腹手术对机体的损伤更小,对免疫系统的抑制水平更低,更为安全有效。此外,现代医学模式要求以患者利益为中心,强调在保证疗效的同时,更应关注患者康复情况^[13]。术后康复指标显示,与对照组比较,观察组术后腹腔引流量更少,引流时间和住院时间更短($P<0.05$)。因此,腹腔镜相较于传统开腹手术,对患者机体损伤更小,术后恢复更快,在提高疗效的同时,减少了疾病给患者带来的痛苦。

参考文献

- [1] 吴浩瀚,丁朝霞,冯光星,等.老年急性胆囊炎治疗探讨[J].安徽医学,2011,32(12):2029-2030.
- [2] 刘浔阳.老年人危、急重症急性胆囊炎通向择期手术的桥梁-超声引导下经皮胆囊置管造瘘术[J].中国普通外科杂志,2002,11(2):65-67.
- [3] 嵇武,李宁,黎介寿,等.门诊腹腔镜胆囊切除术现状及展

望[J].中国实用外科杂志,2008,28(1):69-72.

- [4] 杨野,刘宇,郭仁宣,等.老年急性胆囊炎外科治疗时机和方式选择(附 458 例分析)[J].中国实用外科杂志,2008,28(5):376-377.
- [5] 于爱军,张学军,郭淑雁,等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术中转开腹危险因素 Logistic 分析[J].山东医药,2011,51(8):62-63.
- [6] 刘国伟,邱钢.解剖困难的胆囊结石患者腹腔镜胆囊次全切术应用价值[J].中国医药导报,2012,9(14):180-181.
- [7] Li A, Qin HJ, Ke LW, et al. Early or delayed cholecystectomy(LC) for acute gallstone pancreatitis? An experience and review[J]. Hepatogastroenterol, 2012, 59(119):22-25.
- [8] 朱斌,张展志,张能维,等.急性胆囊炎“延期”腹腔镜胆囊切除的手术技巧及并发症预防[J].中华肝胆外科杂志,2011,17(10):820-822.
- [9] Zhu B, Zhang Z, Wang Y, et al. Comparison of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 72 h of symptom onset during emergency admissions[J]. World J Surg, 2012, 36(11):2654-2658.
- [10] Zdichavsky M, Bashin YA, Blumenstock G, et al. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2012, 24(9):1033-1038.
- [11] 李蕾,王发龙,陈国千,等.免疫细胞缺氧反应及其机制[J].中国实验诊断学,2011,15(4):751-753.
- [12] 曹广,陶振洲,伍冀湘.腹腔镜及开腹手术在大肠癌治疗中的临床应用及其对机体免疫功能的影响[J].首都医科大学学报,2012,33(1):59-62.
- [13] 万小琴.加快康复外科理念在肝癌患者围术期护理的效果观察[J].检验医学与临床,2012,9(17):2235-2236.

(收稿日期:2013-02-28 修回日期:2013-04-16)

• 临床研究 •

血清胱抑素 C 对早期肾功能损伤诊断价值分析

卢卫国¹,何 静²(1.广州中医药大学第一附属医院检验科,广东广州 510405;2.广州医学院第四附属医院检验科,广东广州 511447)

【摘要】 目的 探讨血清胱抑素 C(CysC)对早期肾功能损伤的诊断价值。**方法** 检测并比较不同程度肾功能损伤患者及健康者血清 CysC、尿素(Urea)、肌酐(Scr)浓度及异常率。**结果** 肾功能不全代偿期及肾功能不全代偿期患者血清 CysC 异常率分别为 63.0%和 87.2%,明显高于 Urea、Scr 异常率($P<0.05$)。肾衰竭患者血清 CysC 异常率为 100.0%。**结论** CysC 是反映早期肾功能损伤的敏感指标,临床应用价值较高,值得推广。

【关键词】 肾功能损伤; 胱抑素 C; 尿素; 肌酐

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)12-1564-02

早期肾损伤没有明显临床症状,肾脏病变尚处在可逆阶段,早诊断、早治疗对改善肾功能预后意义重大。本研究通过观察不同程度肾功能损伤患者血清胱抑素 C(CysC)、尿素(Urea)、肌酐(Scr)水平的变化,探讨 CysC 对早期肾功能损伤的

诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择 2011 年 7 月至 2012 年 6 月广州中医药大学第一附属医院肾内科收治的患者 87 例,男 49 例、女