

老年急性结石性胆囊炎外科治疗策略探讨

杨 洪,刘永国,李晓渝(重庆市第四人民医院肝胆外科 400015)

【摘要】 目的 探讨老年急性结石性胆囊炎治疗方式。**方法** 回顾分析 2002 年 7 月至 2011 年 12 月本院肝胆外科收治的 212 例 65 岁以上老年急性结石性胆囊炎患者临床资料。**结果** 非手术治疗 50 例,死亡 4 例;手术治疗 162 例,其中急诊手术 40 例,死亡 1 例,择期手术 122 例全部治愈出院。**结论** 应该重视老年急性结石性胆囊炎并发症的处理,做好围术期的准备,尽可能实施择期手术,避免急诊手术,才能降低病死率和并发症发生率。

【关键词】 老年人; 急性结石性胆囊炎; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)19-2578-02

随着社会老龄化的来临,老年人急性结石性胆囊炎患者逐年增多。这类疾病的病情不典型,发展迅速,感染不易控制,往往伴发疾病多,治疗难度大,临床死亡病例不在少数。回顾本院从 2002 年以来收治的 65 岁以上(含 65 岁)老年人急性结石性胆囊炎 212 例,均经过前期积极保守治疗,162 例选择合适时机行手术治疗,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2002 年 7 月至 2011 年 12 月收治的老年急性胆囊炎患者病例 212 例,男 89 例,女 123 例;年龄 65~75 岁 166 例,75~85 岁 42 例;85 岁以上 4 例,平均 69.3 岁。患者从发病到入院时间为 1~4 d,平均 1.7 d。术后病理证实 73 例为慢性胆囊炎急性发作,72 例为急性化脓性胆囊炎,3 例为胆囊癌,坏疽性胆囊 14 例。非结石性胆囊炎未收入本组统计。术前 B 超证实胆囊结石 189 例,其余 22 例为术后证实;胆囊增大,壁增厚 152 例;周围积液 26 例;胆总管扩张 8 例,加做 MRCP 检查发现胆总管下端结石 5 例。

1.2 诊断标准 反复发作的不同程度的腹痛,部分伴恶心、呕吐、腹胀,体温 36.1~38.7℃,腹部有明显压痛、反跳痛、肌紧张,莫非氏征阳性或可疑阳性。有以上一项或者几项并做 B 超或者 MRI 检查确诊。

1.3 治疗方法 本组病例入院后均给予禁食,静脉使用解痉镇痛、抗生素等药物治疗,维持生理平衡以及针对内科疾病的处理。可根据需要进行生命体征监测,肺功能测定,超声心动图检查,动脉血气分析,血糖连续监测,肿瘤标志物血清学检测等。密切观察体温,腹痛变化,必要时复查 B 超对比胆囊体

积、胆囊壁厚度,周围积液等变化。如病情并无缓解甚至加重时准备急诊手术;病情好转患者可适当低脂饮食,继续保守治疗,出院后 1~3 个月择期手术。手术方式包含腹腔镜胆囊切除术(90 例),开腹胆囊切除术(56 例),胆囊大部切除术(3 例),B 超引导下穿刺胆囊引流术(1 例),以及胆囊切除胆道探查术(12 例)。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS17.0 软件进行数据分析,计量资料采用方差分析,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗过程中并发症情况 入院时已经证实有相关疾病的不计入此并发症。单一并发症在治疗过程中并发症发生率均大于或等于 25%,总的单一并发症患者治疗过程中总并发症发生率为 13.8%;而患两种及其以上并发症治疗过程中并发症发生率分别为 34.5%、60.0%,而入院时无并发症的患者治疗过程中无并发症发生。入院时及治疗过程中并发症发生统计见表 1。其统计结果显示,入院时无并发症及患单一并发症的患者治疗过程中并发症发生率与同时患有两种及以上并发症患者比较差异有统计学意义($P<0.05$);但患有单一并发症的患者治疗过程中并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。故入院时患有的单一并发症与治疗过程中并发症发生之间没有相关性,可以进行如下研究。而同时患有两种(含两种)以上并发症的患者,治疗过程中并发症发生率均较高,需要高度重视,其疾病严重程度与预后相关性有待进一步研究。

表 1 入院及治疗过程中并发症统计表[n(%)]

组别	无并发症	高血压	糖尿病	心脏供血不足或冠心病	慢性支气管炎	脑梗死后遗症	并发两种疾病	并发三种及以上
入院时并发症	20(9.4)	12(5.7)	9(4.2)	4(1.9)	2(0.9)	2(0.9)	148(69.8)	15(7.1)
治疗中并发症	0(0.0)	1(8.3)	2(22.2)	1(25)	0(0.0)	0(0.0)	51(34.5)	9(60.0)

2.2 手术及非手术组治疗后并发症情况 治疗过程中手术组患者 171 例,其中入院时无并发症组治疗过程中无并发症发生。入院时患单一并发症、两种并发症、三种及以上并发症的患者在不同治疗过程中并发症发生率比较有均明显差异($P<0.05$);所有手术与非手术患者在治疗过程中并发症发生率比较也有明显差异($P<0.05$),见表 2。非手术治疗患者中因术前麻醉评分提示风险极高家属不愿意选择手术的 7 例,有绝对

手术禁忌证的患者 23 例,21 例保守治疗病情缓解后出院未返院行手术治疗。见表 2。

2.3 急诊与择期手术并发症情况 除外入院时无并发症患者外,并发任何疾病患者在治疗过程中并发症发生率急诊手术与择期手术比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。急诊手术组中因为保守治疗后在 72 h 内病情无缓解或进行性加重 54 例,另 5 例为合并急性重症胆管炎确诊后选择急诊手术。

急诊手术确定为在腹痛发作 3 d 内或持续腹痛时进行的手术； 月内进行手术。
择期手术则是选择在未发作腹痛或腹痛急性发作缓解后 13 个

表 2 手术及非手术组治疗后并发症情况[n/n(%)]

组别	无并发症组	单一并发症组	两种并发症组	三种及以上并发症组	合计
手术并发例数	0/20(0.0)	3/23(6.5)	44/119(37.0)	4/9(44.4)	46/171(26.9)
非手术并发例数	0/20(0.0)	1/6(1.9)	7/29(24.1)	5/6(83.3)	18/41(43.9)

表 3 急诊与择期手术并发症情况[n/n(%)]

组别	无并发症组	单一并发症组	两种并发症组	三种及以上并发症组	合计
急诊手术并发症	0/20(0.0)	3/7(42.9)	28/49(57.1)	2/3(66.7)	33/59(55.9)
择期手术并发症	0/20(0.0)	1/16(6.25)	16/70(22.9)	2/6(33.3)	9/112(8.0)

3 讨 论

老年结石性胆囊炎患者多数病程长,反复发作多年,在急性期可能症状不典型,诊断需要更慎重,除彩超等常规检查外,必要时也应考虑使用 MRI 成像技术避免误诊漏诊^[1]。一旦诊断明确后是给予保守治疗还是手术治疗,是积极早期手术还是择期手术治疗,争议颇多。本组资料统计显示,治疗过程中并发症发生率与入院病情有相关性,但手术治疗比非手术治疗并发症发生率低,而择期手术相对急诊手术来说更加安全。患 3 种及以上并发症的患者不论是否手术,其治疗过程中并发症发生率绝对值均比其他患者高数十倍,所以术前全面的检查评估是十分必要的。必要时采取全院相关科室全体会诊的形式决定治疗方案,并把可能的后果告知家属是十分重要的医疗措施。按照 APACHE-Ⅱ 评分标准进行术前评估,认为大于或等于 8 分的除了抢救性治疗外均不主张急诊手术。各种文献报道急诊手术并发症和病死率比择期手术明显增高,所以主张避免急诊手术;合并有心脏疾病的患者进行急诊手术,发生危险的可能更大^[2]。本研究的结果显示,尽可能实施择期手术避免急诊手术,以降低病死率和并发症发生率,如果本身合并有两种及以上疾病的患者,在采取任何治疗措施前需要充分与家属沟通,告知发生并发症的风险高;同时做好全面检查评估后与相关科室医师及患者家属共同决定治疗方案。

作者主张老年结石性胆囊炎患者需要严格禁食补液,同时早期诊断和处理伴发疾病,尽快完善常规检查、检验,有条件的把心肺功能测定作为基本检查项目。对内环境不稳定者请专科医师协助处理,使其尽可能达到或恢复正常水平。并于病情平稳后择期手术。但如发现胆管结石、黄疸,持续高热或腹痛不缓解,胆囊进行肿大伴感染性休克等表现时需要果断决定是否手术,如果符合急诊手术指征的患者术中不一定强调胆囊完整切除,可以选择部分胆囊切除、腹腔引流术。作者本次就选择了 1 例生命体征不稳定的患者行胆囊穿刺引流术,Ⅱ期腹腔镜下胆囊切除术获得成功。说明若一味强调保守治疗可能失去抢救机会,与荣曾三^[3]报道的老年急性胆囊炎应积极手术治疗的观点一致。

确定进行手术治疗后,正确把握手术时机是提高老年人急性胆囊炎治愈率的关键。作者主张对已经反复发作,但没有急诊手术指针的采取择期手术治疗,减少急诊手术的风险。有学者认为,经过严格保守治疗 72 h 内腹痛不缓解,腹部有体征或体征加重,体温和血象升高,B 超胆囊持续增大者应急诊手

术^[4]。作者也赞同这个观点,本组急诊手术基本都在发作后 72 h 内完成,效果良好。仅有 1 例坏疽性胆囊炎因有手术禁忌,在保守治疗 7 d 后症状未缓解,行急诊开腹胆囊大部切除术,术后并发多器官功能衰竭死亡。所以作者提出诊断明确后应在 3 d 内安排急诊手术最佳,但同时需要对手术后并发症发生有充分的估计和预判断,必要时手术后送重症监护病房生命支持治疗至病情平稳后转入普通病房治疗。

总之,老年急性胆囊炎患者病情复杂多变,需要倍加重视。掌握好非手术治疗的指针,避免急诊手术,力争择期手术以减少可能的高并发症风险是专科医生应遵循的原则。对于保守治疗以稳定生命体征为主要线索,以病情评估及辅助检查手段综合决定是否手术,并需要落实术前会诊评估制度。手术中宜在气管插管全身麻醉下进行,以保证生命支持安全有效,并尽量缩短麻醉和手术时间。为降低手术的并发症和术后病死率,手术方式的选择应以切除病灶为主,力求简单和争取根治相结合,在尽量短的时间内完成手术,并做好围术期处理^[5]。目前胆囊造口术已经基本被淘汰,而 B 超引导下的胆囊穿刺引流,术也是在急诊病情严重时的适当选择^[6]。当然在术前或术中发现有胆道探查指针时,需要毫不犹豫探查胆道 T 管引流,但不一定要求取尽结石,以解决引流抢救生命为主。

参考文献

[1] 王力,王云. 老年人急性坏疽性胆囊炎的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(8):585-587.
[2] 黄忠荣,汤成华,高尚志. 老年外科围手术期治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:34-94.
[3] 荣曾三. 老年人急性胆囊炎手术治疗 66 例临床分析[J]. 腹部外科,2000,13(2):103-104.
[4] 高喜阁. 老年胆囊炎及胆石症外科诊治体会(附 72 例报告)[J]. 医学信息:手术学分册,2008,21(5):454-456.
[5] 戴成武,赵力民. 老年胆囊炎胆石症 24 例手术临床分析[J]. 中国医药指南,2009,7(3):42-43.
[6] Catani M, Modini C. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: a proposal of safe and effective technique[J]. Hepatogastroenterology, 2007, 54 (80): 2186-2191.