

· 短篇论著 ·

老年急性非结石性胆囊炎患者的外科治疗分析

曹卫刚 邱宝安

急性非结石性胆囊炎 (acute acalculous cholecystitis, AAC) 是不同于急性结石性胆囊炎, 具有独特的病理生理变化而相对独立的临床疾病。多发生在动脉粥样硬化基础上, 具有病因复杂、发病机制不明确、起病急、进展快、易胆囊坏疽及穿孔、导致多器官功能衰竭、病死率高的特点。发病率约占胆囊炎总体发病率的5%~10%^[1]。临床上须与急性结石性胆囊炎区别对待, 采取不同的治疗方案。回顾性分析2000年1月至2013年6月收治老年AAC患者共26例, 报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料: 入组标准: ①年龄>60岁; ②合并高血压、糖尿病、动脉粥样硬化疾病、脑血管疾病、慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、严重烧伤、创伤、大手术、休克、严重感染等疾病; ③术前腹部超声或CT检查提示急性胆囊炎表现, 未见胆囊结石; ④术中诊断急性非结石性胆囊炎; ⑤术后病理诊断急性非结石性胆囊炎, 排除胆囊息肉、胆囊腺瘤、胆囊癌等疾病。26例老年AAC患者, 男性17例, 女性9例, 年龄60~83岁, 平均72.3岁。本组颅脑外伤及颅脑手术4例, 胃部分切除术后1例, 外伤性肝破裂修补术后2例, 脾切除术后1例, 严重烧伤2例, 多发骨折内固定术后1例, 完全胃肠外营养2例, 重伤后休克3例, 以急性胆囊炎急诊收治入院10例。发病至入院时间1~3 d。

2. 治疗方法: 11例患者行腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC), 5例患者行开腹胆囊切除术 (open cholecystectomy, OC), 其中3例为腹腔镜中转开腹, 10例行经皮经肝胆囊穿刺引流术 (percutaneous transhepatic gallbladder drainage, PTGBD)。术前准备包括禁饮食、胃肠减压、纠正水电解质酸碱平衡紊乱、改善心、肺、肾功能、稳定血糖以及控制血压等。

3. 统计学处理: 采用SPSS 13.0统计软件进行数据分析, 组间比较用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

老年AAC患者合并有2种基础疾病时, LC治疗具有统计学意义 ($\chi^2 = 5.77, P < 0.05$), 合并3种及

以上基础疾病时, PTGBD治疗有统计学意义 ($P < 0.05$); LC和PTGBD治疗高龄ACC患者疗效差异有统计学意义 ($\chi^2 = 12.34, P < 0.01$); LC和PTGBD在ICU不同的住院时间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 老年ACC患者, 治疗时间48 h内疗效差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.51, P < 0.05$); LC和PTGBD对老年ACC治疗疗效具有统计学意义 ($\chi^2 = 19.41, P < 0.05$), 见表1。

26例老年AAC患者行手术治疗。26例手术治疗的 患者中, 治愈16例, 好转5例, 自动出院5例。自动出院原因为患者经济情况差, 治疗后患者出现感染性休克、多脏器功能衰竭或肺部感染、脑血栓或心脏功能衰竭等基础疾病加重病情, 见表1。

讨论 急性非结石性胆囊炎 (AAC) 好发于动脉粥样硬化的老年患者, 在严重烧伤、颅脑外伤、休克、大手术应激状态下, 尤其是伴有高血压、糖尿病、高血脂和COPD等基础疾病, 更易发生^[2-3]。AAC的发病机制尚未完全阐明, 病理生理过程的机制尚不清楚。参考相关文献报道^[4-11], 目前可能机制有: ①胆囊供血不足, 主要有胆囊小动脉缺血或血栓形成, 无菌性坏死, 进而胆囊坏疽、穿孔; ②细菌感染: 全身系统性感染或胆囊内细菌感染导致或加剧胆囊壁缺血, 胆汁淤积, 加速胆囊坏疽、穿孔; ③胆囊排空障碍; ④胆囊黏膜的缺血-再灌注损伤; ⑤胆道系统自身的疾病; ⑥创伤应激引起交感神经兴奋; ⑦老年人自身血管退行性变化。

AAC患者多表现为右上腹痛, 发热, 少有黄疸。由于老年人痛觉迟钝、机体反应能力差, 腹部体征不典型, 同时伴有多种慢性疾病, 掩盖病情, 老年人难以准确描述病史, 易误诊和漏诊^[12-13]。实验室检查特异性不高。本病进展迅速, 病情加重时与临床表现不符, 确诊时胆囊多以化脓、坏死或穿孔, 临床应提高对此病的认识, 做到早诊断、早治疗^[14-15]。

本文通过回顾性分析26例老年ACC患者的外科治疗临床资料, 结果发现, 老年ACC患者合并有2种基础疾病时, 早期行LC的成功率高, 中转开腹率小, 相对于行PTGBD和OC治疗, 更能够缩短患者的住院时间, 治疗效果要好; 患者合并有3种及以上基础疾病时, PTGBD治疗治疗的效果好, 病情缓解快。临床中, 患者入院时病情重, 一般情况差, 手术风险高, 予以急诊行PTGBD术, 迅速降低胆道压力, 通畅引流, 患者病情好转快, 生命体征稳定快, 多数患者待

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2014.05.026

作者单位: 264100 烟台市, 滨州医学院烟台附属医院普通外科 (曹卫刚); 解放军海军总医院肝胆外科 (邱宝安)

通讯作者: 邱宝安, Email: luckqiu@medmail.com.cn

表1 26例老年ACC患者影响外科治疗效果因素的比较[例(%)]

影响因素	构成比	PTGBD	LC	OC	χ^2	P
合并疾病						
1种	3 (11.54)	0 (0.00)	2 (7.69)	1 (3.85)	1.50	> 0.05
2种	7 (26.92)	1 (3.85)	5 (19.23)	1 (3.85)	5.77	< 0.05
3种及以上	16 (61.54)	9 (34.62)	4 (15.38)	3 (11.54)	23.04	< 0.05
性别						
男	17 (65.38)	8 (30.77)	6 (23.08)	3 (11.54)	1.17	> 0.05
女	9 (34.62)	4 (15.38)	3 (11.54)	2 (7.69)	0.04	> 0.05
年龄						
60~70岁	10 (38.46)	3 (11.54)	6 (23.08)	1 (3.85)	1.10	> 0.05
70岁以上	16 (61.54)	8 (30.77)	6 (23.08)	2 (7.69)	12.34	< 0.01
ICU治疗时间						
< 15 d	11 (42.31)	2 (7.69)	3 (11.54)	6 (23.08)	1.17	> 0.05
> 15 d	15 (57.69)	4 (15.38)	5 (19.23)	9 (34.62)	4.13	< 0.05
治疗时间						
< 48 h	20 (76.92)	6 (23.08)	12 (46.15)	2 (7.69)	4.51	< 0.05
> 48 h	6 (23.08)	5 (19.23)	0 (0.00)	1 (3.85)	1.10	> 0.05
治疗效果						
治愈	12 (46.15)	2 (7.69)	9 (34.62)	1 (3.85)	17.14	< 0.01
好转	9 (34.62)	8 (30.77)	0 (0.00)	1 (3.85)	19.41	< 0.01
自动出院	5 (19.23)	2 (7.69)	1 (3.85)	2 (7.69)	0.70	> 0.05

注: PTGBD: 经皮经肝胆囊穿刺引流术, LC: 腹腔镜胆囊切除术, OC: 开腹胆囊切除术

病情稳定后会要求行胆囊切除术, 少数患者因经济等因素, 放弃进一步手术治疗。对于高龄ACC患者, 一般情况尚可, PTGBD和LC治疗效果良好, 尤其是一般情况较差、手术风险高患者, 通过PTGBD治疗后能够获得手术机会, 进而完全治愈疾病。PTGBD治疗后患者行手术治疗, LC中转OC率显著降低, 患者术后恢复时间缩短, 术后并发症减少, 住院时间显著缩短。PTGBD和LC的治疗能够显著缩短ICU患者的住院时间, 治愈患者也显著增多。关于老年ACC患者治疗时间的选择, 国内很多文献报道, 治疗在48 h内, 患者的治疗效果好, 并发症少, 手术成功率高, 术后恢复好, 与本研究结果一致。因此, 对于老年ACC患者, 应该争取在发病48 h内予以外科治疗, 根据一般情况及手术风险, 能够手术治疗的首先腹腔镜胆囊切除术; 手术风险高, 一般情况差的患者可急诊行PTGBD治疗, 择期再行手术治疗; 对于不能耐受手术的患者, 部分患者通过PTGBD治疗也能够达到治愈。PTGBD创伤小, 恢复快, 不仅能够治愈ACC, 还能够增加ACC患者的手术机会, 降低中转开腹率, 在保守治疗和手术治疗之间起桥梁作用。

由于ACC患者不存在残留结石、继发胆道或胰腺疾病的顾虑, McChesney等^[16]报道ACC患者行腹腔镜胆囊次全切除术(laparoscopic subtotal cholecystectomy, LSC), 进而降低中转开腹率, 对于胆囊三角黏连严重的患者, 也能够缩短手术时间, 减少创伤。对于手术耐受能力差, 胆囊三角解剖不清的患者, 是一个不错的选择。

老年ACC起病急、进展快, 早期诊断困难, 病死率高。一旦确诊, 应根据患者的病情轻重, 基础疾病情况, 年龄大小, 经济情况及患者家属的意愿, 采取

个体化治疗方案, 使得患者早康复、早出院。

参考文献

- 李建勋, 高志刚, 周建平, 等. 急性非结石性胆囊炎的诊断治疗分析[J]. 临床军医杂志, 2011, 39(5): 834-836.
- 侯品连, 梁锡枝, 陈朝森, 等. 老年急性非结石性胆囊炎的外科治疗分析[J]. 中外医学研究, 2013, 11(17): 13-14.
- 曹子谦. 老年急性非结石性胆囊炎患者手术治疗的效果分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 21(7): 137.
- 吴伟新, 童赛雄, 沈卫星, 等. 老年急性非结石性胆囊炎患者的诊断与治疗[J]. 中国临床医学, 2012, 19(3): 248-249.
- 张超, 苏月红, 曹一鸣, 等. 手术治疗慢性非结石性胆囊炎的疗效的回顾性队列研究[J]. 肝胆外科杂志, 2013, 21(1): 39-42.
- 高君, 孙文兵. 急性非结石性胆囊炎的诊断和治疗[J]. 中国临床医生, 2010, 38(11): 803-806.
- 孔亮. 急性非结石性胆囊炎21例诊治分析[J]. 中国实用医药, 2010, 7(7): 78-79.
- 程广和. 急性非结石性胆囊炎诊治体会[J]. 中国当代医药, 2010, 17(21): 164.
- 陈子清, 诸葛乐君. 创伤或手术后急性非结石性胆囊炎[J]. 腹部外科, 2011, 14(5): 128-129.
- 肖勇. 30例急性非结石性胆囊炎诊治分析[J]. 中外医学研究, 2012, 10(29): 123.
- 汪嘉豪, 仲荣琴, 王振华. 27例老年急性非结石性胆囊炎诊治体会[J]. 吉林医学, 2011, 32(3): 47-48.
- 宋在如. 老年急性无结石性胆囊炎42例诊治体会[J]. 蚌埠医学院学报, 2011, 36(9): 53-54.
- 杨维良. 手术后急性非结石性胆囊炎84例临床分析[J]. 中国现代普通外科进展, 2011, 12(3): 925-927.
- 董磊. 创伤及手术后急性非结石性胆囊炎(ACC)的诊断与治疗[J]. 中国实用医药, 2013, 8(15): 55-56.
- McChesney JA, Northup PG, Bickston SJ. Acute acalculous cholecystitis associated with systemic sepsis and visceral arterial hypoperfusion: a case series and review of pathophysiology[J]. Dig Dis Sci, 2003, 48(10): 1960-1967.

(收稿日期: 2013-11-07)

(本文编辑: 孙荣华)