# 急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术适应证及时机选择

蔡民　徐小平　叶文达
（浙江武警总队医院　嘉兴 314000）

**关键词**：急性胆囊炎；腹腔镜；胆囊切除术；适应证；手术时机
**中图分类号**：R 657.4+1　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2006)01-0051-02

腹腔镜胆囊切除术（Laparoscopic cholecystectomy, LC）在我国已经历了 10 年的发展，手术技术日趋成熟，因其创伤小、痛苦少、恢复快、住院时间短等优点已得到广泛认可并迅速推广应用。但对急性胆囊炎的 LC 治疗仍存在争议[1]。我院在 1999 年 4 月 ~2005 年 8 月，共有 271 例急性胆囊炎行 LC 术。通过回顾对急性胆囊炎 LC 术的适应证及手术时机的选择并加以探讨。

## 1　资料与方法

1.1　一般资料　本组 271 例，男性 83 例，女性 188 例；年龄 18~79 岁；病程 1 个月 ~20 年；术前均有胆囊急性炎症表现，B 超证实胆囊炎伴胆囊结石；其中 54 例结石嵌顿于胆囊颈部。入院后 19 例急诊行 LC 术；11 例查血淀粉酶增高，经 2 周抗炎、抑制胰酶分泌治疗，复查血、尿淀粉酶正常，B 超及 MRCP 证实胆管无扩张、结石后行 LC 术；其余 241 例均在短期应用抗生素、解痉等治疗后行 LC 术，其中在 72h 内手术 205 例，超过 72h 手术 36 例。

1.2　手术方法　全部病例均采用气管插管全身麻醉、腹壁四套管法完成手术。术中探查，胆囊表面充血、水肿，与大网膜及胃、十二指肠有粘连，174 例有结石嵌顿（其中胆囊颈部结石嵌顿 154 例，胆囊管内结石嵌顿 20 例）。于常规 LC 穿刺点放置套管，在腹腔镜监视下依次放置其他套管，胆囊与周围粘连者，沿胆囊壁分离粘连，胆囊张力高时在胆囊底部切开胆囊壁减压，在胆囊颈部分离出胆囊管，于胆囊结石下方上钛夹，胆囊切除方法同一般 LC 手术方法相同。

1.3　手术情况　3 例术中发现胆囊与胃窦部、十二指肠粘连致密，中转剖腹，12 例 Calot 三角解剖关系不清而中转剖腹，其他病例均顺利实施 LC 手术。247 例手术术后放置腹腔引流管，术后 24~48h 拔除。术后 5~14d 均痊愈出院。

## 2　讨论

2.1　手术适应证探讨　LC 的发展，经历了由严格选择手术适应证到逐步扩大手术适应证范围，循序渐进，技术上逐渐成熟的过程。陈训如把 LC 手术适应证发展分 3 个阶段[2]：第

---

表现，分析病史，做出正确判断。

3.1.3　胎心监护对胎盘早剥诊断的意义　轻型胎盘早剥，胎心监护常无异常表现，而当早剥范围在 1/3 以上时，无论发生在产前或产时均可导致胎儿严重的急性缺氧，从而胎心监护可表现为基线率的明显升高或降低、变异缺乏，同时轻微的应力可出现各种程度不同的减速。胎盘早剥所致宫腔内静止压力升高，伴有不协调的高张宫缩，可发生延长减速、晚期减速等。本组重型胎盘早剥 25 例中，除 10 例胎死宫内外，余 15 例均出现单项或多项异常的胎心监护。但轻型早剥 37 例，仅 13 例出现单项异常或偶见的减速。故即使胎心监护正常，也不能排除胎盘早剥的诊断，但当胎心监护异常并存在胎盘早剥诱因时应警惕早剥的存在。

3.2　胎盘早剥的处理　胎盘早剥应在保证孕妇安全的前提下，兼顾胎儿的成活率，而终止妊娠的时机及分娩方式的选择是本症治疗的关键。(1) 小于 34 周，活胎，剥离面小，未临产，可促胎肺成熟，严密监测。(2) 轻型胎盘早剥，已临产，估计短时间内可迅速分娩者，可在严密监测母儿安危指标的情况下试行阴道分娩，但必须先行破膜，使羊水缓慢流出，并用腹带包裹腹部，缩小子宫容积，压迫胎盘，使之停止继续剥离。产程中发现异常，应及时改行剖宫产结束分娩。(3) 重型胎盘早剥一旦确诊，必须立即终止妊娠。有报道认为，胎盘早剥发病后 6h 内应结束分娩[5]。足月、近足月，估计胎儿成活者，发病急或病情重，未临产或估计短时间内不能经阴道分娩者，应立即采取剖宫产，保证孕妇安全，提高围产儿成活率；对于孕周小，估计不能成活或已发生胎死宫内，短时内不能阴道分娩，但孕妇病情危重，为抢救孕妇也应剖宫产；而对于妊娠足月、近足月，宫口开大，阴道流血不多，胎心异常者，估计短时内可经阴道分娩者，应尽量缩短产程，必要时阴道助产。

本文剖宫产术中发现 6 例子宫胎盘卒中，在取出胎儿后，子宫肌壁内注射宫缩剂，配以按摩子宫和热盐水垫湿敷子宫，5 例子宫收缩转佳，1 例用 0 号可吸收线 8 字缝合卒中部位的浆肌层而止血，无 1 例切除子宫。

胎盘早剥病情危重，如何降低胎盘早剥的发生率，降低母婴死亡率，关键在于重视产前检查，加强孕期保健，积极治疗妊娠并发症；加强产时监护，提高产科技术，及时发现胎盘早剥的症状，及时处理。

### 参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 5 版.北京：人民卫生出版社，2001.139
[2]范玲，黄醒华 . 胎盘早剥漏诊原因分析[J] . 中华围产医学杂志，1999，2(2)：88
[3]许如秀，王宝珍，刘兰香,等.胎盘早剥超声诊断价值的探讨[J].医学影像杂志，2001，13(10)：399~401
[4]Berman MC. Diagnostic medical sonography a guide to clinical practics [M].Obsterics and Gynecology,Edition1,Pennsylvania.JB Lippincott Company,1991.317~319
[5]黄洁敏，骆一凡.产后出血的治疗[J].中华妇产科杂志，2000，35(6)：378

（收稿日期：2005-04-19）

# 中西医结合预防术后肠粘连

韩树军

（浙江省桐乡市濮院中心医院　桐乡 314502）

**关键词**：手术后并发症；肠粘连；中西医结合疗法；预防；中药内服；中药保留灌肠；肠功能恢复汤

**中图分类号**：R 619+.9　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2006)01-0052-02

及早恢复腹部手术后消化道功能及有效地防治术后并发症，以提高手术疗效，是临床医生最为重视的问题。在 70 年代后报道腹部手术后发生肠粘连高达 67%，其中发生肠梗阻者 45%。近年来我们应用自拟肠功能恢复汤对腹部手术后 78 例进行临床观察，收到满意效果。现报告如下：

## 1　一般资料

1.1　预防组　78 例，男 54 例，女 24 例；年龄 17~86 岁，平均 48 岁；手术种类：胃修补及胃大部切除 8 例，胆囊切除 28 例，小肠部分切除及修补 8 例，化脓性阑尾切除 26 例，右半结肠切除 8 例。

1.2　对照组　62 例，男 40 例，女 22 例；年龄 16~76 岁，平均 46.5 岁；手术种类：胃切除及胃修补术 6 例，肠切除吻合术 5 例，阑尾切除 32 例，胆囊切除及胆总管引流术 8 例，脾切除 4 例，子宫切除 7 例。

## 2　治疗方法

对照组常规术中及术后护理，预防组于手术后 8~12h 应用中药肠功能恢复汤。方剂组成：大黄 6g（后下），当归 10 g，赤芍 15 g，枳实 12 g，桃仁 10 g，玄胡 10 g，木瓜 6 g，金银花 12 g，浓煎 100~200mL。服药方法：内服或胃管注入者 58 例，内服加保留灌肠者 20 例。每日 1 剂，连续服用 3~5d，个别病例，方剂可随症加减。2 组均应做到：（1）手术中操作轻，腹腔止血彻底，腹腔污染者用盐水冲洗或灭滴液冲洗；（2）术后常规应用抗生素及对症治疗。

## 3　结果

预防组 78 例中，1 例术后 24d 发生肠粘连、不全性肠梗阻，经内服中药 5d 治愈。77 例腹部柔软见腹胀腹痛，肠鸣音正常。24h 内排气者 39 例，48h 内排气者 18 例，60h 内排气者 12 例；72h 内排气排便 8 例。X 光胸腹透视或腹部平片无积液及多量气体。对照组：62 例中 24h 排气 16 例，48h 排气 8 例，60h 排气 25 例，72h 排气 13 例；其中阑尾切除发生肠梗阻 2 例，胃大部切除及阑尾切除肠粘连各 2 例，均经中西医结合治愈。

## 4　讨论

腹部手术时，由于牵拉、钳夹止血、缝合及腹腔内炎症渗出、引流物刺激等，均会引起不同程度的肠粘连。对照组 62 例中 6 例发生粘连及梗阻，占 9.7%。中西医结合对术后肠粘

---

一阶段适应证较严，如单纯性胆囊结石、无结石胆囊炎、胆囊良性息肉；第二阶段适应证扩大，包括了萎缩性胆囊炎、充满型胆石等；第三阶段完成有并发症的胆囊炎，如胆总管探查。术者应根据自身情况选择不同阶段适应证，循序渐进。虽然由于经验的逐渐积累，急性胆囊炎的 LC 治疗已不列为绝对禁忌证，但是有些腹腔镜专家仍把急性胆囊炎列为 LC 的相对禁忌[3]或相对适应证[4]。我们在实际操作中确实观察到，胆囊肿大、张力高往往使 Calot 三角暴露困难；胆囊充血、水肿使分离过程中渗血较多，影响视野；胆囊结石的嵌顿使 Calot 三角解剖结构不清：这些均可造成手术危险系数升高及术后并发症发生率增高。因此，急性胆囊炎行 LC 术对于手术医生经验、手术技巧的要求应当相当严格。本组病例均由 5 年以上 LC 手术经验医生实施，故降低了手术并发症的发生率。

2.2　手术时机的选择　传统的 OC 认为症状发作 72h 之内为最佳的手术时机。多数学者认为，急诊 LC 同传统的 OC 一样，最佳手术时间为 72h 之内。因急性发作已超过 72h，由于局部组织水肿严重，胆囊三角解剖不清，手术难度高，术后并发症多，故应尽可能行保守治疗，争取在炎症期过后的 6~12 周再择期手术。Abdelkader [5] 研究认为在急性胆囊炎发病 24~48h 内，胆囊壁只有水肿而无明显充血，急性胆囊炎病情控制后 4~6d 胆囊壁与周围组织虽有一定程度粘连，但粘连多较疏松，易于剥离。只要胆囊壁充血水肿轻，Calot 三角解剖结构清晰，有一定经验的外科医师仍可顺利完成。同时有反复发作病史的急性胆囊炎患者，多有胆囊颈和胆囊管结石嵌顿或胆囊积脓，即使经抗生素治疗症状缓解后胆囊壁的炎症在很长时间内仍无改善，故抗炎后 3 个月进行手术值得商讨。我们认为急性胆囊炎 LC 的时机并无固定准则，要灵活掌握，遵循个体化原则。实际操作中观察到，超过 72h 手术病例手术难度及并发症的发生率与 72h 内手术并无明显差异，影响手术成功与否的关键因素是 Calot 三角的解剖结构是否清晰及手术医生的经验、手术技巧。而疾病发作时间只是作为手术时机选择的因素之一，不能机械孤立地看待。至于急性胆囊炎并发胆源性胰腺炎病例，首先应常规治疗胰腺炎，待缓解后 2~3 周，查 B 超及 MRCP 证实胆管无结石及扩张后行 LC 术，术中如怀疑胆管内有结石，可行胆道造影明确。

**参考文献**

[1]巴明臣，毛静熙，陈训如，等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术方法[J].中华肝胆外科杂志,2000,6(5)：388~389

[2] 陈训如.腹腔镜手术的并发症与决策[M].昆明：云南科技出版社，1997.36

[3]荀祖武，黄志强.腹腔镜胆囊切除术的应用[A].见：黄志强.现代腹腔镜外科学[M].北京：人民军医出版社，1994.89

[4]曹月敏.腹腔镜外科学[M].石家庄：河北科技出版社，1999.270

[5]Abdelkader H.Timing of laparoscopic choiecystectomy in acute chole-cystitis[J].Laparos Surg，1994，5：305~309

（收稿日期：2005-10-24）