

胆囊部分切除术治疗胆囊炎合并胆结石疗效分析

王上启

(江西省吉安县横江卫生院 吉安 343119)

关键词: 胆囊炎; 胆结石; 胆囊部分切除术; 疗效

中图分类号: R657.4

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.037

胆囊炎合并胆结石是外科常见疾病^[1],保守的药物治疗疗效较差,一般需手术治疗。其中胆囊切除术是治疗胆囊疾病的常规治疗方法,已经成为治

疗胆结石的金标准^[2],但是对于较为复杂情况,患者由于反复炎症浸润,局部纤维化,粘连严重,水肿增厚或是萎缩而导致局部解剖结构发生紊乱,不能

岁,平均(37.5±4.5)岁;车祸伤 37 例,坠落伤 2 例,挤压伤 1 例。对比两组患者的性别、年龄、伤病程度、致伤原因等差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用传统方法保守治疗:常规激素、补液抗休克治疗,并根据患者术前 X 线诊断情况,分别给予如下治疗:肋骨牵引治疗 12 例,加压包扎 28 例,29 例合并血气胸患者及时行胸腔闭式引流术。

1.2.2 观察组 采用经手术内固定治疗:患者行全身麻醉,保持健侧卧位。探查并清除血气胸,修补患者肺挫裂伤及膈肌破裂,对出血进行止血处理,同时对肋骨骨折进行复位内固定。上述操作完成后,根据术前影像学检查所示的肋骨骨折部位与骨折数目,以拟行内固定术的中间肋骨骨折端为中心,平行肋骨切开,切口长度 10~15 cm,逐层切开并暴露胸壁塌陷最明显处,切开骨折两游离端骨膜 2~3 cm,给予骨折处解剖复位。46 例患者采用不同的内固定材料,其中采用钛合金肋骨爪内固定 26 例,采用钢板内固定 11 例,采用钢丝内固定 9 例。

1.3 观察指标 观察患者并发症,对比两组患者住院时间及胸痛程度。胸痛程度采用视觉模拟评分评定,以 0~10 计分,分数越高胸痛越剧烈:轻度<3 分,中度 3~7 分,重度>7 分。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS13.0 统计学处理,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对比两组患者胸痛评分、平均住院时间及并发症发生率,观察组并发症发生率为 19.6%,对照组并发症发生率为 52.5%,观察组明显低于对照组, $P<0.05$;观察组住院时间与胸痛评分均低于对照组, $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 1。

| 组别 | n | 并发症 | | 平均住院时间(d) | 胸痛评分(分) |
|-----|----|----------|----------|-----------|------------|
| | | 肺不张 | 肺炎 | | |
| 观察组 | 46 | 3(6.5)* | 6(13.0)* | 18.8±5.5* | 5.11±1.42* |
| 对照组 | 40 | 10(25.0) | 11(27.5) | 24.7±4.1 | 7.17±1.82 |

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

多根多处肋骨骨折是胸外科治疗的难点^[3]。由于肋骨骨折的愈合无需解剖复位,因此,传统对于肋骨骨折的治疗方法以宽胶布外固定、胸带加压外固定等保守治疗为主,合并血气胸的患者行胸腔闭式引流术,但保守治疗患者住院时间长,本研究对照组平均住院时间明显长于观察组,胸痛评分明显高于观察组,差异均有统计学意义。从临床骨折患者的损伤程度显示,高能量损伤所占比例日益增加,使肋骨的完整性遭到破坏,前、后端骨性连接失去,形成胸壁软化,产生反常呼吸。同时胸腔失去骨性支撑,可引起内压力失调,纵隔出现摆动,易导致严重呼吸循环障碍。据相关文献^[4],46%~82%高能量损伤引起的多根多处肋骨骨折患者合并有严重的并发症,如血气胸、肺挫伤等。保守治疗时无法及时纠正肋骨骨折断端移位,因此,肺不张和肺炎的发生率较高。对照组共发生并发症 21 例,分别为肺不张 10 例、肺炎 11 例,并发症发生率为 52.5%;观察组共发生并发症 9 例,分别为肺不张 3 例、肺炎 6 例,并发症发生率为 19.6%。观察组并发症发生率明显低于对照组,结果提示多根多处肋骨骨折采用手术内固定治疗具有较高的临床价值。

参考文献

[1]卓锦春,赵学维,徐志飞.创伤性连枷胸的诊治进展[J].山东医药,2008,48(15):110-111

[2]Bastos R,Calhoun JH,Baisden CE.Flail chest and pulmonary contusion[J].Semin Thorac Cardiovasc Surg,2008,20(1):39-45

[3]范学辉,周垂宝,朱卫洁,等.TINI 形状记忆合金治疗各类骨折初步报告[J].中华创伤骨科杂志,2002,4(1):72

[4]李智勇,蔡昌宏,王锐,等.多根多处肋骨骨折的内固定治疗[J].陕西医学杂志,2009,38(2):195-196

(收稿日期: 2013-05-30)

强行进行胆囊全部切除术,否则会导致广泛渗血等多种并发症。本研究采用胆囊部分切除术治疗胆囊炎合并胆结石,临床效果显著,并发症少。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 1 月~2012 年 12 月收治的胆囊炎合并胆结石患者 80 例,所有患者均确诊为慢性胆囊炎合并胆结石症,且无手术禁忌证。根据治疗方法的不同分为对照组与治疗组。对照组 40 例,其中男 24 例,女 16 例;年龄 22~68 岁,平均(48.4± 8.9)岁;病程 1 个月~6 年。治疗组 40 例,其中男 21 例,女 19 例;年龄 21~72 岁,平均(51.7± 9.4)岁;病程 5 个月~5 年。两组患者年龄、性别、病程等之间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者均进行全身麻醉,将胆囊充分暴露。对照组采用胆囊全部切除术治疗。治疗组采用部分切除术治疗:切开胆囊底部,将胆汁和结石全部取净,全层切开胆囊自底部到胆囊颈部,一直至胆囊管切口处,仅留有紧贴肝脏后壁部位的胆囊,使用电刀搔刮后,使用酒精或电凝进行烧灼,将残留在后壁的胆囊黏膜进一步破坏,最后缝扎胆囊管,行内荷包缝合。小网膜孔处放置引流管。

1.3 观察项目 比较两组患者手术时间、术中出血量以及住院时间,术后随访,比较两组治愈情况和并发症发生情况以及二次手术率。

1.4 统计学处理 使用 SPSS16.0 统计学软件对数据进行统计。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示。 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 手术及住院情况比较 对照组手术时间和住院时间均长于治疗组,术中出血量多于治疗组,其差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术及住院情况比较 ($\bar{X} \pm S$)

| 组别 | n | 手术时间(min) | 术中出血量(mL) | 住院时间(d) |
|-----|----|------------|-------------|-----------|
| 治疗组 | 40 | 67.9± 15.8 | 94.8± 15.3 | 6.3± 1.8 |
| 对照组 | 40 | 90.1± 20.3 | 130.4± 22.7 | 10.1± 2.5 |

2.2 临床疗效比较 两组均具有较高的治愈率,达到 100%,两组之间差异无统计学意义($P>0.05$);对照组并发症发生率和二次手术率均明显高于对

照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治愈率、并发症发生率、二次手术率比较 例(%)

| 组别 | n | 治愈率 | 并发症发生率 | 二次手术率 |
|-----|----|-----------|---------|--------|
| 治疗组 | 40 | 40(100.0) | 2(5.0) | 1(2.5) |
| 对照组 | 40 | 40(100.0) | 6(15.0) | 3(7.5) |

3 讨论

胆囊炎合并胆结石临床常采用手术进行治疗,其中有效的手术方法之一是胆囊切除术。胆囊三角区存在胆总管、右肝管和右肝动脉,由于发生反复炎症和存在粘连组织,会导致此部位发生解剖变异^[1]。若强行进行解剖切除,可导致胆总管损伤,这时就需要扩大手术范围,将胆总管切开进行引流,增加患者的痛苦,所以针对这种解剖位置不清难以进行胆囊全部切除的情况临床应选择胆囊部分切除术。胆囊部分切除术是将胆囊底、体和颈部前壁进行切除,将后壁保留,并将保留的胆囊黏膜进行破坏,再结扎闭合胆囊管,不仅去除了疾病部位,还丧失了分泌功能^[2],与胆道进行隔离,消除了炎症,还能够很好地防止结石的复发。其主要适应证^[3]是急性胆囊炎、胆囊炎重症,囊壁发生了坏死,慢性萎缩性胆囊炎,发生周围粘连严重,解剖部位不能清楚辨认,胆囊陷入肝门内,胆囊颈部、管以及壶腹结石,发生嵌顿而形成 Mirizzi 综合征等。本研究比较胆囊部分切除术与胆囊全部切除术临床效果,结果显示两者均具有完全的治愈率,其差异无统计学意义($P>0.05$);胆囊部分切除术与胆囊全部切除术相比较,手术时间更短、术中出血量更少、住院时间也更短,术后发生并发症较少,二次手术率也更低,其差异明显,均具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,胆囊部分切除术治疗胆囊炎合并胆结石其临床疗效显著,并且对患者损伤少,患者更易于康复,并发症少,二次手术率低,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]赵成刚.结石性胆囊炎、胆囊部分切除术临床体会[J].中国现代药物应用,2009,3(13):37-38
- [2]田银生.腹腔镜胆囊部分切除术在复杂胆结石手术中的应用[J].华西医学,2009,24(11):2 865-2 867
- [3]曹玉良.胆囊部分切除术治疗胆囊炎合并胆结石疗效分析[J].中国当代医药,2011,18(15):176-177
- [4]陈龙,杨锐利.胆囊部分切除术的应用体会[J].中国当代医药,2010,17(26):32-33
- [5]赵丁一.胆囊部分切除术 48 例临床应用体会[J].中国临床研究,2013,26(2):135-136

(收稿日期:2013-07-23)

(上接第 21 页)套石篮治疗上段输尿管结石 [J]. 中国内镜杂志, 2010,37(5):296-299

[4]许良余,陈善群,许足三.腔内碎石治疗输尿管结石合并肾积水、积脓的处理及感染(扩散)的预防 [J]. 医学临床研究,2009,26(11):

2 072-2 073,2 077

[5]韩金利,谢文练,许可慰,等.急性输尿管结石梗阻合并严重感染的微创治疗[J].中国微创外科杂志,2008,8(5):435-436

(收稿日期:2013-07-24)