

文章编号:1005-6947(2004)02-0151-02

· 临床报道 ·

急性非结石性胆囊炎 18 例

李翰城

(福建省宁德市医院 普外科, 福建 宁德 352100)

摘要: 总结 18 例急性非结石性胆囊炎临床资料, 其中男 11 例, 女 7 例。年龄 38~72 岁, 65 岁以上者 11 例 (61.1%)。全部病例根据临床表现及 B 超检查得以诊断。其中 6 例行胆囊切除术, 术后病理证实胆囊炎症、坏疽穿孔。死亡 1 例。非手术治疗 12 例痊愈。急性非结石性胆囊炎多发生于老年人, 其发病多有一定的诱因。在严密观察下, 部分病例可以采用非手术方法治疗。

关键词: 胆囊炎/诊断; 急性病

中图分类号: R575.61

文献标识码: B

急性非结石性胆囊炎 (acute acalculous cholecystitis, AAC) 是指胆囊内有明显的炎症而无结石存在, 约占急性胆囊炎的 5%~12%。临床诊断比较困难, 并发症及病死率均较高。近年来本病发生率有增高的趋势^[1]。本院于 1990 年 5 月~2001 年 12 月共收治 18 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 11 例, 女 7 例。年龄 38~72 岁, 65 岁以上 11 例, 占 61.1%。病因: 严重创伤伴休克 4 例 (其中多发性肋骨骨折伴肺挫伤 2 例, 血气胸伴脾破裂 1 例, 肾挫伤伴腹膜后血肿 1 例), 老年嵌顿疝手术后 2 例, 绞窄性肠梗阻行肠切除术后 1 例, 心肌梗死、冠心病 2 例, 肝硬化 3 例, 糖尿病 2 例, 伤寒 1 例; 另原因不明 3 例均系 65 岁以上老年人。

1.2 临床表现

本组发病前均无胆道疾病史。起病后全部病例有不同程度的发热, 持续右上腹痛 12 例; 合并胆囊炎症、坏疽穿孔 6 例, 其中 3 例并发弥漫性腹膜炎。全组均行 B 超检查证实胆囊肿大, 壁增厚呈“双边”征, 但无结石而得以诊断。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

本组行急诊胆囊切除术 6 例, 非手术治疗 12 例。手术指征: 明显的腹膜炎体征, 经非手术治疗全身中毒症状加重。

2.2 治疗结果

6 例术后病理证实胆囊炎症、坏疽穿孔; 6 例中死亡 1 例, 系多发性肋骨骨折肺挫伤, 胆囊切除术后死于急性呼吸

窘迫综合征 (ARDS)。其余 17 例均痊愈出院。非手术治疗 12 例中 8 例获 6~48 个月随访, 未见再发胆囊炎症状。

3 讨论

一般报道 AAC 男性发病高于女性, 此特点不同于结石性胆囊炎, 其发病原因一般认为与胆囊缺血有关。Warren^[2]报道 10 例急性结石性胆囊炎行胆囊动脉造影全部显影, 但 7 例 AAC 因动脉闭塞不显影。提示胆囊血流灌注不足, 在低灌注的基础上发生小血管梗阻, 可能是本病的诱因。胆囊缺血可由许多临床低流状态引起, 本组 4 例发生创伤性休克, 低灌注; 10 例老年人因动脉硬化等疾病直接影响胆囊动脉血供。手术、创伤等应激状态下的胆囊局部缺血也支持胆囊缺血学说。感染被认为是造成 AAC 的又一因素。本组 1 例伤寒合并 AAC, 可能是血源性感染所致。

AAC 的临床表现由于没有结石的嵌顿, 很少发生胆绞痛, 加上本病都发生于老年人, 反应差, 临床症状不很典型, 容易误诊。本组 3 例胆囊穿孔患者临床表现轻或不典型。B 超可作为 AAC 诊断的首选方法, 93%~95% 的病例 B 超测定胆囊壁的厚度与术中测定胆囊壁的厚度相一致, 相差在 1mm 以内^[2]。用于诊断急性胆囊炎的胆囊壁的厚度是 3.0~3.5mm。有作者等^[3]推介采用胆囊壁的厚度为 3.5mm 以上作为急性胆囊炎的 B 超诊断标准。其他超声发现包括胆囊周围积液, 壁内气体存在或双边征。本组病例均有明显的胆囊扩大, 这是 B 超识别的标准之一。

一般认为 AAC 一经确诊, 大多需要及时手术治疗。手术方法为胆囊切除, 因胆囊造瘘并不能终止 AAC 的病理发展。本组 4 例 72h 内行胆囊切除术, 而 12 例非手术治疗而愈, 均为术后或病情危重者。作者认为, 由于 AAC 多发生于严重的创伤或严重疾病应激之后, 患者多为老年人, 一般情况差, 胆囊多无明显器质性病变, 对炎症不明显者急性胆囊切除未必有益, 可以在诊断明确后积极非手术治疗的同

收稿日期: 2003-04-12; 修订日期: 2003-08-22。

作者简介: 李翰城 (1967-), 男, 福建宁德人, 福建省宁德市医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)02-0152-02

· 临床报道 ·

自体脾移植对免疫功能的影响

蔡兆华¹, 常俊兰²

(1. 山东省泰安市第一人民医院 普外科, 山东 泰安 271000; 2. 山东农业大学校医院 内科, 山东 泰安 271000)

摘要:为探讨外伤性脾破裂行脾切除术(SE)与脾切除术加自体脾组织移植(AS)对免疫功能的影响。笔者观察了64例SE和42例AS的术后感染性疾病发生率与血清免疫物质水平的关系。结果显示:SE的感染率为78.13%, AS为61.90%, 差别无显著性意义($P > 0.05$)。SE的IgG和IgA高于AS($P < 0.05$), AS高于对照组($P < 0.05$), SE的IgM低于AS($P > 0.05$), 显著低于对照组($P < 0.05$)。C3的水平三者差别均无显著意义($P > 0.05$)。提示:自体脾片移植能保留脾切除术后的部分免疫功能。

关键词:脾破裂/外科学; 脾切除术; 脾/移植; 移植, 自体

中图分类号:R657.62; R322.21 **文献标识码:**B

随着人们对脾功能的逐步认识, 治疗外伤性脾破裂采用手术保脾者越来越多。为此, 笔者对42例脾破裂行脾切除辅加自体脾片移植(AS)和64例脾切除(SE)的感染率及同期89例非免疫性疾病的部分免疫物质进行比较分析, 旨在探讨AS对提高免疫功能的作用。

1 临床资料

1.1 病例及分组

1986年1月~2000年12月, 我院收治外伤性脾破裂患者106例。分为:(1)脾切除(SE)组, 64例, 男47例, 女17例; 平均年龄(32 ± 12)岁。(2)脾切除附加脾片移植(AS)组, 42例, 男31例, 女11例; 平均年龄(36 ± 11)岁。(3)非免疫性疾病为对照组, 89例, 男58例, 女31例; 平均年龄(35 ± 20)岁。

1.2 AS方法

将常规切下的脾脏随即浸泡在常温下的生理盐水中以备移植。取健康脾组织(无血肿、无挫伤)制成 $5\text{cm} \times 4\text{cm} \times (0.5 \sim 0.8)\text{cm}$ 脾片。将脾片移植至大网膜边缘毛细血管

丰富之处, 并用大网膜折叠将脾片固定其中; 或移植于脾窝腹膜皱褶及切口缘的腹直肌内。移植脾片5~10块, 约占正常脾重的 $1/4 \sim 1/3$ 。

1.3 观察项目及方法

1.3.1 移植脾片存活的监测 术后不定期用B超或CT监测移植脾片的大小、位置。

1.3.2 术后感染性疾病发生率 观察SE及AS组感染性疾病的病种及数量。

1.3.3 免疫物质的测定 用散射比浊法测定IgG, IgM, IgA和C3水平。

1.3.4 随访 以患者出院后因其他疾病再次来院就诊时的随访为主, 信访为辅。感染性疾病均以单病种计数; 不论脾手术后外伤感染和/或再手术感染次数多少, 均计算为1例。

1.4 统计方法

感染性疾病样本率差别的显著性用U检验; 计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 并经t检验。

2 结果

2.1 移植脾片存活情况

经B超或CT监测, 移植在肌肉内的29块脾片(25例)

收稿日期:2002-10-12; 修订日期:2003-12-01。

作者简介:蔡兆华(1949-), 男, 江苏淮安人, 山东省泰安市第一人民医院副主任医师, 主要从事普外临床方面的研究。

时严密观察病情变化, 若在治疗过程中全身中毒症状加重或局部体征更加明显再行手术治疗, 并不增加手术的危险性和并发症^[4]。

参考文献:

[1] 张铭连, 余云, 陈淑珍. 非结石性胆囊炎66例临床分析

[J]. 实用外科杂志, 1987, 7(7):475.

[2] Warren BL. Small vessel occlusion in acute acalculous cholecystitis [J]. Surgery, 1992, 111(2):163-168.

[3] Deitch EA, Engel JM. Acute acalculous cholecystitis Ultrasonic diagnosis [J]. Am J Surg, 1981, 142(2):290-292.

[4] 吕新生, 韩明. 胆道外科学[M]. 长沙: 湖南科学出版社, 1997. 160-167.