

文章编号:1005-6947(2007)05-0510-02

· 临床报道 ·

急性非结石性胆囊炎:附 36 例报告

孙禹

(湖南省长沙县第二医院 外科, 湖南 长沙 410129)

摘要:对近 23 年来收治的急性非结石性胆囊炎(AAC)36 例患者的临床资料进行回顾性分析。36 例中有明显诱因的 33 例,原因不明的 3 例。86.1% 的患者病程≤72h。术前均经 B 超及 CT 诊断为 AAC。26 例急诊手术治疗,术中发现坏疽性胆囊炎 13 例,化脓性胆囊炎 13 例;7 例择期手术。33 例均行胆囊切除术,4 例同时行胆总管探查 T 管引流术。3 例内科保守治疗。34 例治愈,2 例(5.6%)死亡。提示:AAC 多为暴发性急腹症,需急行胆囊切除,部分症状较轻患者,可先经内科保守治疗,症状控制后再行择期性手术。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):510-511]

关键词:无结石性胆囊炎/外科学;急性病;胆囊切除术
中图分类号:R657.4 **文献标识码:**B

急性非结石性胆囊炎(aucte caalculous cholecystitis, AAC)是指胆囊有明显急性炎症,但胆囊内无结石存在。发病率约占急性胆囊炎的 4%~8%,有报告高达 20% 者。本病病因尚不清楚,可为多种原因引起。本病临床诊断较困难,并发症及病死率较高^[1-2]。我院 1983 年 3 月—2006 年

3 月共收治急性非结石性胆囊炎 36 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 16 例,女 20 例;年龄 26~85 岁(平均 51.9 岁),其中 60 岁以上者 12 例,占 33.3%。全组均有腹痛或者腹胀,以右上腹为多见,80.5% 呈持续绞痛,且局限在剑突下和右上腹。体查:15 例伴发热,体温 38.1~40.3℃,16 例伴有恶心、呕吐,2 例伴有皮肤巩膜黄染,27 例压痛、反跳痛及肌紧张局限在右上腹及剑突下,可扪及肿大胆囊 14 例,

收稿日期:2007-01-25; **修订日期:**2007-05-09。
作者简介:孙禹,男,湖南长沙人,湖南省长沙县第二医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。
通讯作者:孙禹 E-mail:zhyanlingcn@yahoo.com.cn

中探查的情况决定手术方式,结石的部位、分布、主胰管有无狭窄、是否并发胰腺癌等是决定手术方式的重要因素,具体选择哪种手术方式还要取决于手术医生的经验等。各种引流术适用于有胰管扩张而没有周围器官并发症的患者。主要包括 Partington 或 Puestow 手术:前者直接全程切开扩张的胰管(至少 8cm 以上),将开放的胰管与顺蠕动的空肠袢侧-侧大口径吻合;后者须切除胰尾和脾脏,将空肠袢套入胰腺断端吻合。前者不切除胰腺组织,创伤小,缓解疼痛效果好,本组 4 例手术中无 1 例出现并发症。对于胰头部/钩突部结石较多较大,局部组织病变较重已引起周围器官(胆道或十二指肠)梗阻,怀疑有癌变者或已行胰-肠吻合术后效果不佳的患者,目前最常用的是胰十二指肠切除术,保留幽门的胰头十二指肠切除术(pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy, PPPD)或保留十二指肠的胰头切除术(duodenum preserving resection of the head of the pancreas, DPRHP)^[3]。内镜下乳头切开(EST)取石或体外震波碎石(ESWL)是近几年新开展的微创治疗措施^[4-5]。内镜治疗要求胰管结石局限于胰头部;数目在 3 枚或 3 枚以下;直径≤10mm。该方法创伤小,但技术要求高,难度大且效果不肯定。本组 1 例患者先在内镜下行十二指肠乳头括约肌切开取石,2 个月后因疼痛无明显改善而再次行内引流术。无论是哪种手术术中均应注意:(1)如合并胆

管狭窄宜同时加行 Oddis 括约肌切开术或胆肠吻合术。(2)因慢性胰腺炎或胰管结石有较高的癌变率^[6],术中应常规取活检作快速冷冻切片检查以明确是否合并有胰腺癌。

参考文献:

[1] 沈魁,钟守先,张圣道. 胰腺外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2000. 292-293.
[2] 陈炯,李乃刚,胡哗. 胰管结石的诊断与治疗[J]. 中华肝胆外科杂志,2001. 7(2). 564-565.
[3] Lucas CE, McIntosh B, Paley D, et al. Surgical decompression of ductal obstruction in patients with chronic pancreatitis[J]. Surgery, 1999, 26(4): 790-795.
[4] Adamek HE, Jakobs R, Buttmann A, et al. Long-term follow up of patients with chronic pancreatitis and pancreatic stones treated with extracorporeal shock wave lithotripsy[J]. Gut, 1999, 45(2): 402-405.
[5] Marianne E, Smits Erika, J Rauws, et al. Endoscopic treatment of pancreatic stones in patients with chronic pancreatitis[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 1996, 43(7): 556-558.
[6] Mariani A, Bernard JP, Provansal-Cheyaiy M, et al. Differences of pancreatic stone morphology and content in patients with pancreatolithiasis[J]. Dig Dis Sci, 1991, 36(5): 1509-1516.

Murphy 征(+)17例,白细胞升高 $[\geq (10.0 \sim 26.8) \times 10^9/L]$ 24例,占66.7%。病程7h至10d,31例(86.1) $\leq 72h$ 。发病诱因:有骨盆多处骨折等外伤史10例(27.8%),胃次全等各类手术9例(25.0%),重度腹腔感染2例,其他有心血管疾病6例,糖尿病3例,肺部疾患2例,上消化道溃疡并出血1血,原因不明3例(1例为63岁男性患者,2例均为48岁女性患者)。

1.2 辅助检查及诊断

全组均经B超检查,其中7例经CT检查,均诊断为AAC。临床诊断为急性化脓性胆囊炎的23例(63.9%),坏疽性胆囊炎9例(25.0%),坏疽性胆囊炎穿孔伴胆汁性腹膜炎4例。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

33例行手术治疗,其中急诊手术26例,术中见13例为坏疽性胆囊炎,其中4例合并胆囊穿孔(3例为弥漫性胆汁性腹膜炎,1例为局限性胆汁性腹膜炎),13例为化脓性胆囊炎,3例合并胆囊周围积脓或腹腔积脓;7例经严格内科治疗,症状缓解后于5~81d后行择期手术。30例行一期胆囊切除手术,其中7例为腹腔镜胆囊切除术,3例(1993年前病例)先行胆囊造瘘术,1~5个月后再行胆囊切除术。33例手术中同时进行胆总管探查,T管引流术4例,4例术中均未发现胆总管结石。3例采用非手术治疗,症状缓解后拒绝手术。

2.2 治疗结果

本组病人术后出现腹腔积脓3例(1例保守治疗,2例行引流术后痊愈),肺部感染5例,肠梗阻2例(保守治疗后痊愈),肾衰1例,切口感染3例。

死亡2例,1例术后第8天死于心衰(心梗)和肾衰(高血压肾病),1例术后35h死于感染性休克并多器官功能衰竭。

3 讨论

AAC的病因尚不十分清楚可能为多种因素所致。多数发生于因其他疾病住院患者中,外伤、手术、感染、长期接受胃肠外营养等是其重要的发病诱因。本组病例中发生于外伤手术后和脓毒症者共20例,占55.6%。因为在机

体遭受严重创伤和感染时,机体处于应激状态,特别当合并低血压、休克和心衰时,可使胆囊血供发生障碍,出现胆囊的功能异常,导致胆囊的感染,坏死甚至穿孔,且病情进展为急进性。本组26例急诊手术患者均为3d内手术,其中胆囊坏疽或并发穿孔者13例。

在AAC的诊断方面,一般B超,CT,MRI均可确诊,其中以B超使用最广泛,B超诊断标准为胆囊厚度 $>3.5mm$,胆囊扩张,胆囊周围积液,胆囊腔内沉积物,胆囊壁双边征,其中胆囊壁增厚较胆囊扩张更具有诊断价值^[3]。CT和MRI在肠腔积气的情况下对胆道情况及周边积液有更清楚的显示。

对于AAC的治疗,如患者炎症较轻,B超未发现胆囊周围积液,可先试行非手术治疗,并密切观察患者情况变化。本组有10例患者经严格内科治疗并积极处理原发病后症状缓解。而那些中毒症状重,生命体征欠稳定,估计坏死穿孔可能性大或保守治疗患者症状加重,则需急诊手术治疗。术式首选胆囊摘除术,以彻底切除病灶。病情危重,患者难以接受胆囊切除或胆囊炎症、水肿、粘连严重、局部解剖关系不清,无法切除胆囊的患者可酌情先行胆囊造瘘,病情缓解后行二期胆囊切除术。对有严重并发症,条件极差,不能耐受手术的患者可考虑行PTGD(经皮经肝胆胆囊穿刺引流)^[4]或镜下十二指肠乳头扩张胆囊管置管引流术。此两种方法均安全、简单、有效,可为患者恢复创造条件,为择期手术赢得机会。

参考文献:

[1] 吕新生. 急性非结石胆囊炎[A]. 见:吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第6版. 人民卫生出版社,北京:2003. 579.

[2] Doherty GM, Way LW. Acute cholecystitis[A]. In: Way LW, Doherty GM. Current Surgical Diagnosis and Treatment[M]. 11th ed. 北京:人民卫生出版社,2003. 607.

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

[4] 刘浔阳. 老年人危、急重症急性胆囊炎通向择期手术的桥梁-超声引导下经皮胆囊置管造瘘术[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(2):65.