

腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎伴胆囊结石的临床疗效

刘祺

淮安市淮安医院 江苏 淮安 223200

摘要：目的：探讨腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎伴胆囊结石的临床疗效。**方法：**选取 2022 年 1 月～2022 年 12 月本院收治的急性胆囊炎伴胆囊结石患者 98 例进行回顾性分析，对照组（49 例）开腹手术，观察组（49 例）腹腔镜胆囊切除术，对比效果。**结果：**观察组手术用时、术中出血量、首次排气及住院时间，与对照组比存在差异（ $P<0.05$ ）；观察组总胆红素、谷丙转氨酶、谷丙转氨酶干预后，比对照组低（ $P<0.05$ ）；观察组术后的 CD3+、CD4+ 均高于对照组，而 CD8+ 低于对照组（ $P<0.05$ ）；白细胞介素 -6、白细胞介素 -8、C 反应蛋白干预后观察组较对照组低（ $P<0.05$ ）。**结论：**在急性胆囊炎伴胆囊结石治疗时，腹腔镜胆囊切除术，能减少出血，保护肝功能，减轻免疫功能受损，降低炎症反应，促进患者更快的恢复。

关键词：急性胆囊炎；胆囊结石；腹腔镜胆囊切除术

在临床中，胆囊结石属于良性疾病的一种，其最常见的症状之一是胆绞痛。相关文献指出，胆囊结石在成人人群中的发生率大约为 10-15%，并且随着生活方式和膳食的变化而逐年增加^[1]。胆汁中胆固醇、胆酸盐等的比例失衡是导致胆石形成的主要原因。肥胖、饮食和基础疾病都可能诱发该疾病。然而，大多数患者并没有明显的临床症状。但是，如果化学炎症反应是由胆结石引起的，患者可能会出现右上腹部或剑突下的阵发性持续性绞痛，该绞痛可能会放射至肩背部及心窝，并伴有恶心和呕吐。胆囊结石伴急性胆囊炎是一种急腹症，如果不及时处理，可能会导致严重并发症，如胆囊坏死和穿孔，威胁患者生命安全。因此，及时进行诊断和治疗非常重要。外科手术是目前处理胆囊结石伴胆囊炎的主要方法，但传统的手术方法创伤大，术后易出现各种并发症，限制了其在临床上的应用。随着医学科技的进步和微创外科的发展，腔镜下的胆囊切除术因其创伤小、视野清晰且并发症较少而被广泛使用。本次研究对急性胆囊炎合并胆囊结石患者，重点分析了腹腔镜胆囊切除术的作用，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

抽取其中 98 例急性胆囊炎伴胆囊结石者，时间本院 2022 年 1 月～2022 年 12 月，观察组男 26 例，女 23 例，年龄 34～81（ 52.26 ± 2.13 ）岁；患病 1～5 d，平均（ 2.02 ± 0.23 ）d；对照组男 27 例，女 22 例，年龄 35～80（ 51.98 ± 2.24 ）岁；患病 1～5 d，平均（ 2.06 ± 0.24 ）d。资料对比无差异（ $P>0.05$ ）。纳入标准：1）经检查确诊；2）符合手术指征；3）了解研究内容，自愿入组。排除标准：1）重要脏器伴器质性病变；2）恶性肿瘤患者；3）凝血系统紊乱。

1.2 方法

1.2.1 对照组

在住院期间，所有患者均需要进行全面的检查，同时，

还需要及时纠正脏器损伤，并对常见疾病进行及时处理。保持酸碱、水电解质的平衡也是必要的。此外，还需要进行正常的胃肠减压，以做好手术的准备。对照组采用开腹手术。首先，在右肋下做一 10 cm 左右的小切口。然后，按照顺序从胆囊三角区开始，分离出胆囊管及相关血管，将胆囊摘除，并进行清洗，最后放置引流，并逐层关闭切口。在此基础上，还需要给予相应的抗感染、营养支持等干预，以确保手术的成功。

1.2.2 观察组

对照组行腹腔镜胆囊切除术：首先，在脐下做一约 1 cm 长的圆弧形切口。然后，将 Trocar 插入腹腔，并保持气压在 10～12 mmHg。腹腔镜下，彻底检查胆总管及胆囊三角区的情况，并切除胆周粘连的部分。如果胆囊较大，需要抽吸胆汁，并同时切断胆管将其摘除。接下来，切开胆囊三角区，分离出胆总管，并使用钛钳夹住并封闭。术后与对照组一样，需要可进行抗感染、镇痛等处理。

1.3 指标观察

（1）观察手术相关指标。（2）在治疗前后，对静脉血离心处理，借助全自动生化仪，检测总胆红素（TBIL）、谷丙转氨酶（ALT）、谷丙转氨酶（ALT）。（3）以 EPICSXL 流式细胞仪（美国库尔特公司），对 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 检测。（4）用酶联免疫吸附法，对白细胞介素 -6（IL-6）、白细胞介素 -8（IL-8）进行检测，C 反应蛋白（CRP）测定用免疫比浊法。

1.4 统计学分析

SPSS 21.0 处理数据，（ $\bar{x}\pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，t 值与 χ^2 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组手术指标

观察组术中出血量、术后恢复时间低于对照组，而手术用时要比对照组长（ $P<0.05$ ），见表 1：

表 1 比较手术相关指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	手术用时（min）	术中出血量（ml）	首次排气时间（h）	住院时间（d）
对照组	49	93.15±11.29	158.49±5.12	48.60±8.03	10.10±2.35
观察组	49	108.79±12.35	80.34±6.36	42.39±7.25	6.24±1.03
t		6.543	66.984	4.0181	10.531
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 对比两组肝功能

见表 2：

观察组的 TBIL、ALT、AST 干预后，低于对照组（ $P<0.05$ ），

表 2 比较肝功能指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	TBIL（ $\mu\text{mol/L}$ ）		ALT（U/L）		AST（U/L）	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	26.41±6.59	14.46±2.92	12.16±2.02	42.18±6.29	21.30±4.26	40.94±9.28
观察组	26.85±5.74	9.95±1.83	11.81±2.86	20.92±4.33	20.57±4.43	27.33±4.44
t	0.352	9.161	0.700	19.489	0.831	9.261
P	0.725	0.000	0.486	0.000	0.408	0.000

2.3 对比两组免疫功能

观察组的以下指标更优 (P<0.05)，见表 3:

表 3 比较免疫功能指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	CD3 +		CD4 +		CD8 +	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45.59±4.01	34.27±3.01	38.75±2.67	29.36±2.01	22.35±2.44	31.74±3.84
观察组	45.36±4.27	40.38±3.23	38.89±2.31	32.45±2.27	22.57±2.21	26.33±3.01
t	0.275	9.687	0.278	7.134	0.468	7.762
P	0.784	0.000	0.782	0.000	0.641	0.000

2.4 对比两组炎症因子指标

(P<0.05)，见表 4:

观察组干预后后的 IL-6、CRP、IL-8 水平低于对照组

表 4 比较炎症因子水平 ($\bar{x}\pm s$, mg/L)

组别	IL-6		IL-8		CRP	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	45.87±6.38	65.11±8.12	10.72±1.71	42.23±6.42	10.39±2.46	63.83±5.62
观察组	46.63±6.54	55.67±7.34	11.05±1.58	21.39±3.86	10.54±2.53	48.30±5.51
t	0.582	6.037	0.992	19.474	0.298	13.812
P	0.562	0.000	0.324	0.000	0.767	0.000

3 讨论

急性胆囊炎是胆囊结石最常见的并发症之一。早期研究发现，在胆石症患者中，超过 95% 同时伴有胆囊结石^[2]。急性胆囊炎是一种非常严重的急症，如果不及时有效地处理，可能导致严重的并发症，如胆囊穿孔、坏疽、积水和萎缩等。在这个阶段，病变表现为炎症、肿胀，与周围组织没有明显的粘连。因此，在此时进行胆囊剥离和切除手术可以迅速缓解患者的痛苦，从而抑制疾病的进展。开腹手术具有彻底和有效的优点，但仍存在一些缺点，如切口较大、出血较多、术后恢复较慢和并发症较多等。而腹腔镜下的胆囊切除手术因其高准确性、创伤小、术后恢复快等优势，已经成为医学领域内的重要技术^[3]。

本研究结果显示，观察组术中出血量、首次排气时间、住院时间少于对照组，而手术时间比对照组长 (P<0.05)；观察组 CD3+ 为 (40.38±3.23)、CD4+ 为 (32.45±2.27)、CD8+ 为 (26.33±3.01)，对照组分别为 (34.27±3.01)、(29.36±2.01)、(31.74±3.84)，相比差异明显 (P<0.05)。腹腔镜胆囊切除术治疗胆石症并发急性胆囊炎，可以提前术后第一次排气时间及进食时间，减少手术中的出血量，降低手术对机体的损害，有利于患者术后的康复，提高生存质量。腹腔镜手术可以获得良好的术野，方便医生对病变进行精确检查，提高手术的精度，降低周边组织损伤和术中出血量，降低对免疫系统的损伤。此外，腹腔镜手术对患者的胃肠道损伤较小，可以让患者及早排气、及早进食，加快术后康复，减少并发症。此外，腹腔镜胆囊切除术只需要在患者腹部置入腹腔镜及器械，避免了患者器官暴露在空气中，降低了术后并发症^[4]。本研究还显示，观察组 TBIL 为 (9.95±1.83) μmol/L、ALT (20.92±4.33) U/L、(27.33±4.44) U/L，与对照组 (14.46±2.92) μmol/L、(42.18±6.29) U/L、(40.94±9.28) U/L 比要低 (P<0.05)。胆囊在肝内、外胆管的中段，肝脏分泌的胆汁，经肝内胆管汇入胆囊，其能贮存胆汁。一些患者在胆囊切除术后，由于未完全排泄胆汁，在长时间积累下会对肝脏产生影响，导致肝功能出现问题。此外，外科手术引起的肝脏损伤会导致患者术后暂时性肝功能升高，因此术后应注意肝脏检查，了解肝脏代偿和身体恢复情况。腹腔镜胆囊切除术通过在腹壁上开一个小切口，在人体内进行微创手术，最大程度地保留了腹腔内的正常解剖结构和肝脏，降低了对胆囊周围脏器的影响，为患者的康复提供了一条新途径^[5]。急性胆囊炎或外科手术等原因导致身体损伤，引发炎症反应，以炎症因子的表达变化为主要特

征。本研究发现，两组患者的血清 IL-6、IL-8 和 CRP 水平均高于正常值，表明患者出现了炎症反应。但观察组 IL-6 为 (55.67±7.34) mg/L、IL-8 为 (21.39±3.86) mg/L、(48.30±5.51) mg/L，低于对照组 (65.11±8.12) mg/L、(42.23±6.42) mg/L、(63.83±5.62) mg/L，两组相比差异较大 (P<0.05)。提示观察组患者的炎症程度较轻。这主要是因为微创手术常使用多种精确的电子仪器，减少了出血量，降低了感染风险，减少了手术部位的粘连，并避免了对腹壁肌肉、血管和神经的损伤^[6]。从而降低了炎症反应。

综上所述，治疗急性胆囊炎伴胆囊结石，用腹腔镜胆囊切除术，可缩短住院时间、减少出血量，减轻炎症反应，促进肝功能的保护。

参考文献

[1] 顾和荣. 腹腔镜胆囊切除术在胆囊结石合并急性胆囊炎患者中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2023, 21(27): 139-142.

[2] 李胜利. 腹腔镜胆囊切除术对胆囊结石合并急性胆囊炎患者肝功能及应激指标的影响研究[J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(6): 914-916.

[3] 薛伟佳, 张灿, 王静, 等. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石合并急性胆囊炎的疗效及对免疫功能和生活质量的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(10): 1914-1918.

[4] 谢杰运, 许娇英. 腹腔镜胆囊切除术在急性胆囊炎伴胆囊结石治疗中的应用探讨[J]. 中外医疗, 2022, 41(11): 58-61.

[5] 周志刚. 腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石伴急性胆囊炎患者临床效果及手术安全性分析[J]. 中外医学研究, 2021, 19(21): 160-163.

[6] 杜捷, 刘晗. 腹腔镜胆囊切除术对胆囊结石合并急性胆囊炎患者血清 ICAM-1、IL-1、MPO 及淀粉酶水平的影响[J]. 世界复合医学, 2021, 7(07): 105-107.

[7] 姜丽红, 王子君. 浅谈腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎临床疗效观察[J]. 养生大世界, 2021, 5(10): 132-135.

[8] 朱永华. 腹腔镜下胆囊切除术治疗急性胆囊炎并发胆结石的临床效果[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(19): 31-33.

[9] 李志庆, 孙吉霞, 赵春晓, 等. 择期与急诊腹腔镜胆囊切除术治疗老年急性胆囊炎的临床比较分析[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2022, 22(2): 32-36.