

# 胆囊炎患者采取腹腔镜胆囊切除术治疗的临床效果及安全性

王次保 周柏萍

山东健康集团枣庄中心医院 肝胆及疝外科 山东省 枣庄市 277000

**【摘要】目的：** 探讨在胆囊炎患者的临床上采取不同的诊疗方案对其预后的影响。**方法：** 选取 2015 年 1 月到 2020 年 12 月本单位收治胆囊炎病患 400 例，按照治疗方式不同的标准分为保守组及手术组，保守组采用常规药物治疗，手术组采用腹腔镜胆囊切除术，比较两组患者的手术治疗效果。**结果：** 通过对各组数据的比较得知，治疗前，两组患者的胆囊壁厚度、胆囊横径、免疫功能均未呈现显著的差异 ( $p > 0.05$ )，在接受不同的诊疗方案后，手术组患者的治疗有效率显著高于保守组、其胆囊壁厚度、胆囊横径显著低于保守组，不良事件的发生率显著低于保守组，复发率同样低于保守组，上述各项数据的比较在临床上具有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。**结论：** 在胆囊炎疾病的临床诊疗工作中，通过腹腔镜胆囊切除术能够更加彻底的治疗患者病情，有效控制炎症因子水平，恢复患者胆囊水平以及免疫功能，并具有较高的安全性，建议在实际的治疗中予以借鉴。

**【关键词】** 胆囊炎；腹腔镜胆囊切除术；临床效果；安全性

在临床上，胆囊炎可以称为是一种常见的疾病类型，一旦发病，会对患者的日常生活造成严重的负面影响。所以在胆囊炎疾病的诊疗工作中以早发现、早治疗为主要的诊疗理念<sup>[1]</sup>。目前普遍采取的治疗方法为保守药物治疗与手术干预治疗。其中，药物治疗不必对患者造成损伤，能够有效降低治疗成本，但是在实际的治疗过程中，单纯使用药物治疗的效果并不理想，患者在治疗后容易出现病情反复或者病情迁延不愈等情况，让无数患者错失最佳的诊疗时机<sup>[2]</sup>。而腹腔镜胆囊切除术通过内镜设备能够具有清晰的视野，并降低手术切口大小，术后出现胆管损伤、迟发性胆囊管残端胆漏等情况的风险更低，无绝对禁忌症，一般 3 到 5 天即可出院。为了进一步探究胆囊炎患者采取腹腔镜胆囊切除术治疗的临床效果及安全性，特选择我院近五年来收治的部分胆囊炎患者作为此次临床调查的研究对象，针对胆囊炎患者采取腹腔镜胆囊切除术治疗的临床效果及安全性展开分析。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

所选时间区间为 2015 年 1 月到 2020 年 12 月，所选研究对象的数量为 400 例，同时对所有纳入此次临床调查的研究对象进行随机分组，予以分别对比。一般资料：手术组患者男女比例：(101:99)，年龄平均值： $48.61 \pm 8.28$  岁。保守组患者男女比例：(98:102)，年龄平均值： $48.54 \pm 8.64$  岁。两组研究

对象的性别、年龄等基线资料的比较未见显著差异，在统计学上无意义 ( $P > 0.05$ )。本文研究内容全部经过我院伦理委员会审核。所有患者在研究开始前均签署知情同意书。

**纳入标准：** 各项临床检查均符合胆囊炎疾病诊断标准、患者具有良好的依从性；积极配合随访的患者。

**排除标准：** 合并有心、肺、肾等其他器官衰竭、其他恶性肿瘤疾病及严重精神、意识、认知障碍、依从性较差的患者。

### 1.2 方法

保守组采用常规药物治疗：(1) 为患者使用奥硝唑 (国药准字：H20060399) 静脉滴注，每 12 小时 1 次，每次 0.5g。(2) 为患者使用乳酸左氧氟沙星 (国药准字：H20067898) 静脉滴注，每天 1 次，每次 0.5g。持续为患者治疗 1 周。

手术组采用腹腔镜胆囊切除术：为患者实施硬膜外麻醉，待到麻醉药效起效后，由手术医生于患者的脐部上方 3—5 公分处作切口，常规建立气腹，并置入腹腔镜，手术医生借助腹腔镜观察患者的病灶情况，实施微创手术，使患者胆囊部位的脂肪及其黏膜组织处于游离状态，并使胆囊处于暴露状态，为手术医生提供更加广阔的术野，迅速切除病灶，最后置入引流管，并处理创口<sup>[3]</sup>。

### 1.3 观察指标

对两组患者的治疗有效率、炎症因子水平、胆囊恢复指数、免疫功能水平、不良事件情况、复发率等资料进行统计和整理比较。

按照患者诊疗效果的不同，将其治疗效果划分

为显效、有效与无效三种类别,同时按照(显效+有效)/200的公式分别来计算两组患者的治疗总有效率。(2)炎性因子:肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-6、C反应蛋白。(3)胆囊恢复指标:胆囊壁厚度、胆囊横径。(4)免疫功能:CD<sub>4</sub><sup>+</sup>、CD<sub>8</sub><sup>+</sup>、CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup>。(5)不良事件:创口出血、恶心呕吐、腹泻、皮疹等。

#### 1.4 统计学方法

所有的临床资料所涉及的一系列数据全部采用SPSS19.0软件进行统计。结果:治疗有效率、不良事件情况、复发率等统计指标均借助 $\chi^2$ 的工具进行

临床检验。用( $\bar{x} \pm s$ )来表示炎症因子、胆囊恢复指标、免疫功能水平等指标的比较差异显著,其数据结果具有统计学意义,则以 $P < 0.05$ 来表示。

## 2 结果

### 2.1 患者治疗有效率比较

手术组治疗有效率:96.00%(192例);保守组治疗有效率:90.00%(180例)。数据显示:手术组治疗有效率高于保守组, $P < 0.05$ 。表1为治疗有效率数据。

表1 患者治疗有效率数据

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率
手术组	200	106 (53.00%)	86 (43.00%)	8 (4.00%)	192 (96.00%)
保守组	200	82 (41.00%)	98 (49.00%)	20 (10.00%)	180 (90.00%)
$\chi^2$	--	--	--	--	5.530
p	--	--	--	--	0.018

### 2.2 患者炎性因子水平比较

手术组炎性因子水平低于保守组, $P < 0.05$ 。表2为患者炎性因子水平数据。

表2 患者炎性因子水平数据

组别	n	肿瘤坏死因子- $\alpha$ (ng/ml)		C反应蛋白 (ng/ml)		白细胞介素-6 (ng/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
手术组	200	66.67 $\pm$ 8.64	30.67 $\pm$ 3.37	31.25 $\pm$ 4.58	12.27 $\pm$ 1.23	82.64 $\pm$ 7.61	27.22 $\pm$ 3.47
保守组	200	66.72 $\pm$ 8.47	51.22 $\pm$ 4.52	31.28 $\pm$ 4.41	21.22 $\pm$ 3.47	83.08 $\pm$ 7.58	51.18 $\pm$ 5.22
t	-	0.058	51.546	0.066	34.380	0.579	54.058
p	-	0.953	0.000	0.946	0.000	0.562	<0.05

### 2.3 患者胆囊恢复指标比较

手术组胆囊壁厚度、胆囊横径均低于保守组, $P < 0.05$ 。表3为胆囊恢复指标数据。

表3 患者胆囊恢复指标数据

组别	n	胆囊壁厚度 (mm)		胆囊横径 (cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
手术组	200	6.47 $\pm$ 0.87	1.21 $\pm$ 0.21	6.51 $\pm$ 0.87	2.02 $\pm$ 0.24
保守组	200	6.38 $\pm$ 0.84	1.94 $\pm$ 0.43	6.47 $\pm$ 0.79	3.12 $\pm$ 0.48
t	--	1.052	21.573	0.481	28.987
p	--	0.293	<0.05	0.630	<0.05

### 2.4 患者免疫功能水平比较

手术组免疫功能数据高于保守组, $P < 0.05$ 。表4为免疫功能水平数据。

表4 患者免疫功能水平数据 (%)

组别	n	CD4+	CD8+	CD4+/CD8+
手术组	200	42.87 $\pm$ 5.12	30.64 $\pm$ 4.89	1.31 $\pm$ 0.14
保守组	200	33.22 $\pm$ 7.69	25.12 $\pm$ 6.67	0.86 $\pm$ 0.38
t	--	14.771	9.438	15.714
p	--	0.007	0.004	0.014

### 2.5 患者不良事件情况比较

手术组不良事件数量:1例(0.50%);保守组不良事件数量:8例(4.00%)。手术组不良事件数量低于保守组, $P < 0.05$ 。表5为患者不良事件数据。

表 5 患者不良事件数据 (%)

组别	n	创口出血	恶心呕吐	腹泻	皮疹	总几率
手术组	200	1 (0.50%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.50%)
保守组	200	0 (0.00%)	3 (1.50%)	2 (1.00%)	3 (1.50%)	8 (4.00%)
$\chi^2$	--	--	--	--	--	5.569
p	--	--	--	--	--	0.018

## 2.6 患者复发几率比较

手术组复发几率: 2.00% (4 例); 保守组复发几率: 7.00% (14 例)。数据显示: 手术组复发情况低于保守组,  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

胆囊炎对于众多人群来说并不陌生, 同时也凭借其较高的发病率引发无数临床工作者的热议, 按照患者发病原因的不同, 临床上也可将胆囊炎疾病划分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎两种类别<sup>[4]</sup>。在众多的致病因素中, 胆囊结石是诱发该疾病的主要诱因, 一旦其胆囊结石阻碍胆囊内管道的疏通, 使其胆囊管出现扭转、狭窄等不良结局, 须警惕胆囊炎的出现<sup>[5]</sup>。不仅如此, 胆囊管一旦出现蛔虫或者梗阻, 也会诱发胆囊炎疾病。

在人口老龄化的社会背景下, 各项器官功能均老化, 发生退行性改变, 胆囊壁也深受其害, 患者的胆囊壁不断增厚, 其收缩功能也发生相应的退化, 进而出现胆汁淤血等症状, 最终形成胆酸盐结石。大多数急性胆囊炎患者的上腹部疼痛强烈, 甚至出现绞痛症状, 并持续性发作, 一些患者甚至会出现发热、恶心呕吐等症状。在检测中会发现右上腹位置饱满, 胆囊位置腹肌有紧张情况, 并有明显的压痛以及反跳痛等症状<sup>[6]</sup>。而慢性的胆囊炎是一种非典型的症状, 表现为: 有厌食、厌食、胆源性消化不良; 出现腹痛等临床表现, 与胃部、急性肠胃炎、急性肠梗阻等有相似之处。有些病人在出现了结石堵塞后会出现急性症状, 一旦症状缓解, 就会出现复发。目前的临床上, 采用的方法有药物和外科手术治疗。在药物治疗中, 一般是使用抗生素为患者进行干预, 其中奥硝唑以及乳酸左氧氟沙星是应用较为普遍的抗生素药物, 在进入患者机体后能够有效控制病灶位置的炎症情况。但是单纯通过药物治疗无法彻底治愈患者病情, 进而导致患者病情容易反复发作, 并导致患者胆囊持续受到损伤, 有可能最终导致患者病情恶化。此外, 通过药物治疗时, 长时间服用药物会导致患者出现不同程度的耐药性以及不良反应, 给病人的医疗工作带来严重的负面影响。而单纯的外科手术, 一般都是用开腹、小切口等手术方案, 这种开腹手段对患者的腹部造成相应的损伤, 从而影响病人的恢复。而腹腔镜则是一种非常好的辅助方法, 可以通过腹腔镜来观察病人的

病变部位, 从而扩大手术视野。另外, 在接受了手术后, 能够彻底清除病灶位置, 避免患者病情复发。根据本文数据分析显示: 手术组治疗有效率高于保守组,  $P < 0.05$ 。同时, 手术组炎症因子、免疫功能以及胆囊情况等指标数据均优于保守组,  $P < 0.05$ 。此外, 手术组不良事件以及复发情况的数量均低于保守组,  $P < 0.05$ 。徐志诚<sup>[7]</sup>等在研究中通过腹腔镜胆囊切除术对胆囊炎患者予以治疗, 治疗有效率明显高于常规治疗方法, 数据差异存在统计学意义, 本文数据与其临床研究结果比较相吻合。由此可见, 腹腔镜胆囊切除术对胆囊炎的治疗能够起到十分重要的作用。

综上所述, 在为胆囊炎患者进行治疗的过程中, 选择腹腔镜胆囊切除术能够更加彻底的治疗患者病情, 有效控制炎症因子水平, 避免患者病情反复发作, 恢复患者胆囊水平以及免疫功能, 并具有较高的安全性, 建议在胆囊炎的治疗中予以采纳。

## 参考文献

- [1] 姜涛. 揸针穴位刺激对全身麻醉下腹腔镜胆囊切除术患者的临床应用研究[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022,6(08):85-88.
- [2] 许晓祝. 不同时机行腹腔镜胆囊切除术对老年急性胆囊炎患者应激反应的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022,6(08):69-72.
- [3] 刘伟男, 郝晶, 张东, 等. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎合并 2 型糖尿病患者的疗效分析[J]. 当代医学, 2022,28(12):165-167.
- [4] 胡俊君. 腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎术后并发症发生的影响因素分析[J]. 中国医学创新, 2022,19(12):104-107.
- [5] 詹先锋, 邱钧, 项本宏, 等. 经腹腔镜逆行胆囊切除术治疗复杂胆囊结石术后并发症的危险因素分析[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022,28(02):212-217.
- [6] 宋莺春, 徐飞. 腹腔镜下胆囊切除术中地佐辛复合不同麻醉药物预防性镇痛的效果及应激反应观察[J]. 新疆医科大学学报, 2022,45(04):425-428.
- [7] 徐志诚, 李春海, 王晓东. 经皮经肝胆囊穿刺引流术联合延期腹腔镜胆囊切除术治疗急性结石性胆囊炎患者的效果[J]. 中国民康医学, 2022,34(07):45-48.