文章编号:1000-5404(2007)13-1351-02

论著

经皮胆囊穿刺造瘘处理高危急性胆囊炎53例分析

黄 建,谢 伟,孙安仁,杨德中,张 雷 (重庆市中山医院普通外科,重庆 400013)

提 要:目的 评价B超引导下经皮胆囊穿刺造瘘(percutaneous cholecystostomy,PC)处理高危急性胆囊炎患者的有效性和治疗经验。**方法** 回顾性分析1999年1月至2005年8月接受PC治疗的53例高危急性胆囊炎患者的临床资料。**结果** 53例均穿刺置管成功,4例因引流管脱落或堵塞而再次行PC。52例(98.1%)获得有效的胆囊引流,1例患者(1.9%)术后病情转坏,术后1 d行了紧急胆囊切除术。41例于急性胆囊炎治愈后2周至3个月行择期胆囊切除术,全组无1例因经皮胆囊穿刺引流术引起的并发症死亡。随访分别达6个月至3年。**结论** 经皮胆囊穿刺造瘘术是治疗高危急性胆囊炎患者的一项安全、简便、有效的方法。它有较高的成功率和较低的并发症。

关键词:急性胆囊炎;经皮胆囊穿刺造瘘术;胆囊切除术
中图法分类号:R615;R657.41 **文献标识码**:A

Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in 53 high-risk patients

HUANG Jian, XIE Wei, SUN An-ren, YANG De-zhong, ZHANG Lei (Department of General Surgery, Chongqing Zhongshan Hospital, Chongqing 400013, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical efficacy and outcomes of percutaneous cholecystostomy (PC) under type-B ultrasonic guide as an alternative treatment option for critically ill patients of acute cholecystitis. Methods The clinical data of 53 high-risk patients of acute cholecystitis were retrospectively analyzed, who received PC from January 1999 to August 2005. Results All cases were successfully punctured and intubated, and 4 received reoperation because of blocked tube or fall-off. Fifty-two (97.3%) gained bile drainage effectively. No complications occurred due to the procedures in the cholecystostomy and intubation. One patient required emergency cholecystectomy on day 1 after the procedures because of deteriorating conditions. Forty-one accepted selective cholecystectomy in 2 weeks to 3 months after cholecystostomy. The follow-up period was 6 months to 3 years. Conclusion PC is an effective, convenient and safe method in managing acute cholecystitis in high-risk patients, with high achievement ratio and less complications.

Key words: acute cholecystitis; percutaneous cholecystostomy; cholecystectomy

急性胆囊炎是普外科较常见的急腹症之一,其保守治疗无效时,常常采用急诊胆囊造瘘术或急诊胆囊切除术,对于高危患者而言,无论采取何种术式,都有很大风险[1]。而超声引导下经皮胆囊穿刺造瘘术(percutaneous cholecystostomy,PC),避免了麻醉和外科手术带来的危险,是近年来备受推荐的方法。我院自1999年开展了针对高危急性胆囊炎患者的B超引导下经皮胆囊穿刺造瘘术,现将我们的应用结果和体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组53例,其中男性29例(54.72%),女性24(45.28%)例。年龄36~94岁,平均75.3岁。除1例36岁女性为系统性红斑狼疮合并尿毒症外,其余均为60岁以上老年患者。行PC指征为:①有严重合并症的高危患者;②急性胆囊炎诊断明确且腹痛、右上腹局限性腹膜炎体征明显;③B超证实胆囊肿大、积液;④实验室检查:白细胞明显增高 $>12.0\times10^9$/L、发烧>39 ℃;⑤ASA分级Ⅲ级以上。

全组病例中2例为非结石性胆囊炎,其余均为结石性胆囊炎。全组病例均有1种以上合并疾病,其中器质性心脏病合并慢性心衰29例(心功能Ⅲ级以上),慢性阻塞性肺病23例,有慢性呼吸衰竭16例,严重高血压病者18例(高血压分级3级),糖尿病15例(餐后2 h血糖>11.1 mmol/L),慢性肾衰尿毒症期2例,脑梗死4例,肝硬变门静脉高压多次出血1例。有1种合并疾病的有28例(52.83%),2种以上合并疾病的25例(47.17%)。全组ASA分级均为Ⅲ级以上,为麻醉手术高风险患者。

1.2 方法

操作方法:患者取平卧或右侧卧位,B超定位后,1%利多卡因局部浸润麻醉,选择F-8或F-7导管针,在B超引导下穿刺,避开大血管进入胆囊后,拔出针芯,注射器抽吸胆汁,证实

作者简介:黄 建(1964-),男,四川省阆中市人,副主任医师,主要从事普通外科疾病方面的研究,发表论文12篇。电话:13808375340,E-mail:13808375340@vip.sina.com

收稿日期:2006-10-25;修回日期:2007-03-07

引流通畅后,再将导管向内送 1 ~ 2 cm,B 超确认导管在胆囊内,然后固定引流管。

术后处理:术后每日以 0.5% 甲硝唑冲洗管道。术后 10 ~ 14 d 经引流管行胆道造影。对胆囊管通畅的患者于术后 12 ~ 16 d 拔管,对胆囊管与胆总管不通者,则带管等待择期胆囊切除术。

2 结果

所有病例均穿刺置管成功。有 4 例在穿刺术后 1 ~ 3 d 脱出,3 例系患者自行拔除,均重新置管。有 1 例患者置管后症状继续加重并行胆囊切除术,该患者在术后第 9 天因肺部感染死亡。52 例(98.1%)获得了有效的引流减压,患者在置管引流后 1 ~ 3 d 症状即明显缓解,术后 1 ~ 5 d 体温及白细胞计数逐步恢复。所有的病例都作了胆汁培养,25 例患者得到阳性结果,主要的感染细菌是大肠埃希菌。经我们建议,41 例患者于术后 2 周至 3 个月择期行胆囊切除术。7 例患者拔管后不同意行择期胆囊切除,6 例患者在随访期因其他疾病死亡。所有病例拔管前经造影证实胆囊管通畅方予拔管,如胆囊管完全闭锁则带管到胆囊切除术时。最长的带管时间为 8 个月,平均住院时间为 21 d(6 ~ 65 d)。随访时间 6 个月至 3 年。

3 讨论

高危急性结石性胆囊炎患者,如行急诊胆囊切除术,手术死亡率和并发症均较高,即使行开腹胆囊造瘘术,死亡率也达到 6% ~ 20%[2],主要的危险来自对全身麻醉的高风险和术后严重的并发症。因此,我们需要寻找一种低风险的治疗方法使急性胆囊炎症得到迅速缓解,平稳度过急性期,以便为以后择期治疗提供机会。1980 年经皮胆囊穿刺造瘘首先在临床应用,成为保守治疗失败后处理高龄高危的急性结石性胆囊炎患者的一种有效手段[3]。

本组病例均为 ASA 分级Ⅲ级以上高危患者,ASA 分级是衡量患者耐受麻醉手术的重要指标。ASA 分级Ⅲ级以上具有较高的麻醉手术风险,即便择期手术也有 2% 以上的死亡率[4]。我们把经皮胆囊穿刺造瘘作为这些不能耐受急诊胆囊切除手术的患者首选的治疗手段。这种治疗虽然是一种权宜的治疗措施但可以为高危患者争取到宝贵的治疗时间,为进一步治疗原发疾病及彻底治疗胆囊炎提供了可能。

PC 实施只需在局部麻醉下 B 超引导进行,作为一个低风险的操作可以作为处理急性胆囊炎合并高危因素患者的一常规性的步骤,只需很短的学习曲线[5]。PC 同样也是一个低并发症的操作,田伏洲等[6]报道置管的并发症主要有:胆汁漏、出血、引流管脱落、引流不畅。在本组病例中有 4 例引流管脱落,3 例系患者自行拔除。无其他相关并发症发生。为有效引流,减少并发症的发生,我们体会到在操作过程中要注意以下几点:①作好穿刺定位,以确保穿刺点位于胆囊床横径的中央,这样就有利于防止胆汁腹腔漏的发生。②为防止出血,针道要避开肝内的血管。若直接进针难以避开血管时,可在穿刺过程中改变进针方向,对血管进行绕行。③选择合适的引流管,我们一般选择中心静脉穿刺管或猪尾巴状引流管,后者由于尖端可以自行弯曲且侧孔较大引流更好,不易脱出,但价格较贵。为获得满意的引流效果,胆囊腔内置管长度应适宜,过长易形成导管扭曲、折叠,还可能导致患者疼痛;过短则易造成导管脱落。④引流管的管理:患者自行拔除引流管的情况在本组病例中是较多的,因而引流管需妥善固定同时加强人员的看护。同时由于胆汁黏稠及胆石经引流管引出很容易造成引流管的阻塞,需用 0.5% 甲硝唑冲洗,以保持引流管的通畅。

急性期后处理一直处于争论中。PC 不是急性胆囊炎的根治性办法,标准的治疗方法仍然是胆囊切除术。处理的方法包括择期的胆囊切除;经内窥镜胆囊碎石术、只取出结石保留胆囊[7];或者采用化学性切除的方法[8]。在本研究中的病例只要条件允许,后期均行择期的胆囊切除。对那些将来也没有手术条件的患者碎石术、化学性切除应该是可供选择的治疗方式。

对高危急性胆囊炎患者而言,PC 不但可以避免急诊胆囊切除或胆囊造瘘术所带来的巨大风险,而且可以迅速缓解症状、控制感染,是一项安全、有效、简便的治疗方法。作为一个低风险的操作可以作为处理急性胆囊炎合并高危因素患者的一个有效方法。

参考文献:

[1] 刘祥德,高 峻,陈 平,等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的预防[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(19): 1976 - 1978.

[2] Welschbillig-Meunier K, Pessaux P, Lebigot J, *et al*. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis[J]. Surg Endosc, 2005, 19(9): 1256 - 1259.

[3] 刘祖明,李果生. 急性结石性胆囊炎腹腔镜胆囊切除的时机选择机会[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(19): 1978, 1981.

[4] Teoh W M, Cade R J, Banting S W, *et al*. Percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis[J]. ANZ J Surg, 2005, 75(6): 396 - 398.

[5] Li J C, Lee D W, Lai C W, *et al*. Percutaneous cholecystostomy for the treatment of acute cholecystitis in the critically ill and elderly[J]. Hong Kong Med J, 2004, 10(6): 389 - 393.

[6] 田伏洲,石 力,蔡忠红, 等. PTGD 在高龄高危急性胆囊炎中的应用[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(6): 333 - 334.

[7] Spira R M, Nissan A, Zamir O, *et al*. Percutaneous transhepatic cholecystostomy and delayed laparoscopic cholecystectomy in critically ill patients with acute calculus cholecystitis[J]. Am J Surg, 2002, 183(1): 62 - 66.

[8] Xu Z, Wang L, Zhang N, *et al*. Chemical ablation of the gallbladder: clinical application and long-term observations[J]. Surg Endosc, 2005, 19(5): 693 - 696.

(编辑 郭建秀)