



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.025
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3799.shtml

· 临床报道 ·

经皮经肝胆囊穿刺引流二期小切口胆囊切除治疗 高危高龄梗阻型胆囊炎

陶海明

(青海省交通医院 普通外科, 青海 西宁 810005)

摘要

目的: 探讨经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除治疗高危高龄梗阻型胆囊炎的治疗效果。
方法: 将收治的60例急性高危高龄梗阻性胆囊炎患者随机分为对照组和观察组, 每组各30例; 对照组采用传统手术方法行胆囊切除术; 观察组采用经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除进行治疗。分析比较两组治疗结果比较治疗前后总胆红素、白细胞介素6水平。
结果: 两组患者基线情况相似, 组间无明显统计学差异 ($P>0.05$); 术中出血量、手术切口大小及切口愈合时间观察组均优于对照组 [(17.33 ± 7.11) mL vs. (92.64 ± 22.98) mL, (3.98 ± 1.29) cm vs. (10.51 ± 6.42) cm, (5.36 ± 1.22) d vs. (9.83 ± 3.66) d], 差异具有统计学意义 ($P<0.01$); 治疗后总胆红素、白细胞介素6水平均有不同程度的改善, 观察组的改善程度明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.01$); 并发症发生率观察组低于对照组 (6.67% vs. 30.0%)。
结论: 经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除能有效治疗急性高危高龄梗阻性胆囊炎患者, 并且并发症发生率及病死率低, 具有一定的临床价值。 [中国普通外科杂志, 2014, 23(2):259-261]

关键词

胆囊切除 / 方法; 胆囊切除, 二期; 小切口; 胆囊引流穿刺术, 经皮; 老年人; 急性病
中图分类号: R657.4

胆囊炎是临床上普外科常见的疾病, 如果不及治疗会导致胆囊穿孔等并发症^[1], 主要是通过外科手术进行治疗, 但是有些老年人发生高危急性胆囊炎, 由于老年人的基础疾病比较复杂, 较多患者有心血管疾病、糖尿病, 采取开腹手术具有一定的危险性, 有研究^[2]显示老年患者术后病死率可达14%~19%, 及时进行手术胆囊造瘘病死率仍有6%~20%, 为了减少老年患者的手术危险和并发症, 我们采用经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除治疗急性高危高龄梗阻性胆囊炎患者, 效果良好, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入研究标准: 我院2012年3月—2013年

3月收治的、2年以上临床经验的医师根据诊断标准, 结合患者的临床体征及CT扫描图像, 确诊为急性高危梗阻性胆囊炎患者; 患者年龄 ≥ 70 岁; 获得患者的知情同意, 并签署同意书。排除标准: 对手术存在禁忌证或对麻醉过敏的患者; 服用了影响本研究结果测定的药物; 精神病患者等沟通困难不能配合手术治疗的。经纳入排除标准筛选后, 共60例急性高危高龄梗阻性胆囊炎患者, 其中男21例, 女39例, 年龄70~89岁, 平均年龄 (76.93 ± 2.18) 岁, 胆囊壁增厚0.3~1.2 cm, 平均增厚 (0.57 ± 0.31) cm; 合并有其他心血管疾病或肠胃功能疾病者51例。将上述60例患者随机分为观察组、对照组, 每组各30例; 两组年龄性别、文化程度及患病类型等基线资料均无统计学差异 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

所有患者均进行术前清洁、消毒、备皮等准备。观察组患者首先进行经皮经胆囊穿刺引流, 使用利多卡因对患者进行麻醉, 在B超的引导下, 经患者第7、8肋间穿刺进入胆囊, 引流胆汁, 注意要避免损伤肝脏的大血管和胆管, 使用生理盐水冲

收稿日期: 2014-01-06; 修订日期: 2014-02-02。

作者简介: 陶海明, 青海省交通医院主治医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通信作者: 陶海明, Email: taohaiming_14@163.com

洗胆囊, 并留取少量样品进行药敏实验和细菌培养。1 周后, 患者采用硬膜外麻醉, 在右侧肋弓角下 1 cm 切 4~6 cm 切口, 在冷光源下暴露胆囊和胆囊三角, 切除胆囊, 并且结扎胆囊动脉和胆管, 并对胆囊床进行缝合, 不放置引流袋^[3]。对照组患者在全麻下行开腹手术切除胆囊, 并放置引流袋。

1.3 观察指标

记录两组患者的手术时间、术中出血量、手术切口大小及切口愈合的时间, 并进行比较。

记录两组患者治疗前后的腹部疼痛评分, 评判标准如下: 患者腹部轻微疼痛记为 2 分; 腹部疼痛持续, 但能忍受记为 4 分; 腹部疼痛剧烈, 持续, 不能忍受记为 6 分。并检测比较患者治疗前后总胆红素、白细胞介素 6 水平。记录比较两组患者手术后并发症的发生情况, 计算并发症发生率及病死率。

1.4 统计学方法

选择 SPSS 19.0 软件对数据予以统计处理, 其中计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 其计量资料对比选择 t 检验; 其计数资料对比选择 χ^2 检验, 将 $P < 0.05$ 作为统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者手术时间、术中出血量、手术切口大小及切口愈合的时间比较

手术时间观察组为 (56.94 ± 15.62) min, 对照组为 (55.37 ± 16.03) min, 两组间无统计学差异 ($P > 0.05$); 术中出血量观察组为 (17.33 ± 7.11) mL,

对照组为 (92.64 ± 22.98) mL, 手术切口观察组为 (3.98 ± 1.29) cm, 对照组为 (10.51 ± 6.42) cm, 切口愈合时间观察组为 (5.36 ± 1.22) d, 对照组为 (9.83 ± 3.66) d; 上述指标观察组均优于对照组, 组间比较均有统计学意义 ($P < 0.01$) (表 1)。

表 1 两组患者手术时间、术中出血量、手术切口大小及切口愈合的时间比较 ($n=30, \bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	切口大小 (cm)	切口愈合时间 (d)
观察组	56.94 ± 15.62	17.33 ± 7.11	3.98 ± 1.29	5.36 ± 1.22
对照组	55.37 ± 16.03	92.64 ± 22.98	10.51 ± 6.42	9.83 ± 3.66
t	0.3842	17.1479	5.4619	6.3461
P	0.7008	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者治疗前后腹痛评分、总胆红素、白细胞介素-6 水平比较

两组患者治疗前腹痛评分、总胆红素、白细胞介素 6 情况近似 ($P > 0.05$); 两组患者治疗后上述指标均有不同程度改善, 观察组的上述指标的改善程度明显优于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.01$) (表 2)。

2.3 两组手术后并发症发生情况及病死率比较

观察组术后发生并发症 2 例, 并发症发生率为 6.67%, 分别为感染和消化道出血各 1 例; 术后无病死。对照组术后发生并发症 9 例, 并发症发生率 30.00%, 分别为感染 6 例, 消化道出血 2 例及疝气 1 例, 术后 1 例病死, 病死率为 3.33%; 观察组并发症发生率及病死率均低于对照组, 且并发症发生率两组间有统计学差异 ($P < 0.05$) (表 3)。

表 2 两组患者治疗前后疼痛评分、总胆红素、白细胞介素 6 比较 ($n=30, \bar{x} \pm s$)

组别	腹痛评分 (分)		总胆红素 ($\mu\text{mol/L}$)		白细胞介素 6 (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	4.92 ± 1.22	$1.73 \pm 0.69^{1)}$	45.32 ± 14.93	$21.45 \pm 10.43^{1)}$	1.93 ± 0.22	$0.49 \pm 0.09^{1)}$
对照组	4.89 ± 1.23	$2.41 \pm 0.83^{1)}$	45.39 ± 14.95	$33.92 \pm 12.31^{1)}$	1.88 ± 0.25	$0.89 \pm 0.12^{1)}$
t	0.1098	3.4507	0.1043	4.2332	0.1811	14.6050
P	0.9148	0.0006	0.9357	0.0000	0.9267	0.0000

注: 1) 与治疗前比较, $P < 0.01$

表 3 两组并发症发生率、病死率比较 (%)

组别	并发症发生率	病死率
观察组	6.67	0.00
对照组	30.00	3.33
χ^2	4.0074	1.0619
P	0.0453	0.3002

3 讨论

随着我国社会的人口老龄化, 老年人胆囊炎的发病率逐渐升高, 如果胆囊炎合并一些复杂的危险因素就会成为高危型急性胆囊炎, 当有结石移动至胆管附近堵塞胆囊管或者胆囊颈造成急性梗阻型胆囊炎, 表现为黏膜受损, 胆汁流出障碍,

浓缩的胆汁滞留于胆囊加重细胞、黏膜的损伤, 导致水肿、坏死^[4]。如果不得到及时的处理, 由于胆囊的压力的增高, 可能会导致胆囊穿孔、感染、坏疽等, 严重的会造成死亡。

目前临床的主要治疗的关键是解决胆囊管梗阻, 降低胆囊内压力, 充分引流胆汁, 手术治疗是重要的手段^[5], 老年急性高危梗阻型胆囊炎患者一般身体情况较差, 重要的脏器都具有不同程度的生理功能的衰退, 甚至有的老年人伴有复杂的基础性疾病, 比如心脑血管疾病、糖尿病等, 身体免疫力比较低, 对病痛的感觉比较不敏感, 因此在患者发现疾病的时候可能已经比较严重。因此急诊治疗、减少胆囊压力对老年患者非常重要^[6]。在本研究中我们使用经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除对急性高危高龄梗阻性胆囊炎患者进行治疗, 效果良好。

本研究显示两组患者手术时间没有明显的差异, 观察组患者的术中流血量、切口大小及切口愈合时间明显低于对照组, 两组患者治疗前腹痛评分、总胆红素、白细胞介素6没有明显差别, 治疗后两组患者均有不同程度的改善, 观察组患者的改善程度由于对照组患者, 同时观察组患者的术后并发症的发生率和病死率明显低于对照组患者, 提示经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除对高危高龄急性胆囊炎的治疗效果明显由于常规的开腹手术。

经皮经肝胆囊穿刺引流与小切口胆囊切除联合应用在治疗老年人高危因素多的急性梗阻性胆囊炎临床治疗效果理想, 本研究中的患者均为高龄的急性梗阻型胆囊炎, 所以胆囊肿大, 在B超的指引下很容易找到目标, 操作方便灵活, 可以在紧急情况下在床边就可以实施, 且在直视下进行直接穿刺, 损伤小, 而且经过肝脏进行引流可以防止胆汁漏和脱管^[7]。穿刺的时候避开肝脏的血管避免出血, 胆囊内的引流管长短适宜, 大约4~6 cm, 过长容易扭曲、折叠、引流不畅, 过短容易脱管^[8]; 要保证在低压的情况下对引流管进

行清洗, 避免引流管堵塞。

综上所述, 对急性高危高龄梗阻型胆囊炎患者进行经皮经肝胆囊穿刺引流、二期小切口胆囊切除治疗效果良好, 经济费用低, 不损伤胆管, 手术风险和并发症少, 不会增加老年患者基础疾病的病情, 手术后恢复时间短, 可以临床推广。

参考文献

- [1] 黄尚书, 梁伟新, 罗莉芸. 经皮肝胆囊穿刺引流后择期腹腔镜手术治疗高危结石性化脓性胆囊炎 40 例[J]. 重庆医学, 2013, 42(22):2605-2606.
- [2] 徐协群, 郑朝纪, 李秉璐, 等. CT 引导下经皮胆囊造瘘引流在高危急性胆囊炎患者中的应用[J]. 中国医学科学院学报, 2010, 32(3):354-356.
- [3] 李林兵, 李锋. 经皮经肝胆囊穿刺引流联合二期小切口胆囊切除治疗高龄高危急性梗阻性胆囊炎 176 例[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(13):3197-3198.
- [4] 陈健, 李立波, 胡红杰, 等. 经皮经肝胆囊穿刺引流术在高危急性胆囊炎患者中的应用[J]. 中华普通外科杂志, 2012, 27(3):239-240.
- [5] 邵青龙, 李全福, 刘建辉, 等. PTGD 治疗高龄高危急性胆囊炎的应用[J]. 肝胆外科杂志, 2011, 19(3):208-210.
- [6] 赖朝辉, 梁晓宇, 朱理玮. 回顾性分析经皮经肝胆囊穿刺引流治疗高危急性胆囊炎患者疗效[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2012, 18(2):121-124.
- [7] 张庆尧, 江洋深, 王敬东. 高龄急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术 54 例治疗体会[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(12):1739-1740.
- [8] 侯学忠, 郭大伟, 王忱. 老年急性胆囊炎经皮穿刺胆囊引流术后二期手术处理临床分析[J]. 中国全科医学, 2010, 13(27):3092-3093.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 陶海明. 经皮经肝胆囊穿刺引流二期小切口胆囊切除治疗高危高龄梗阻型胆囊炎[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(2):259-261. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.025

Cite this article as: TAO HM. Second-stage mini-incision for cholecystectomy after percutaneous gallbladder drainage in treatment of highly critical elderly patients with obstructive cholecystitis[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(2):259-261. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.025