

文章编号:1005-6947(2006)09-0682-03

· 临床研究 ·

胃切除术后急性胆囊炎的微创治疗

李可洲, 田伏洲, 周庆贤, 蔡忠红, 龚家庆, 张国虎, 陈琪, 石力

(成都军区总医院全军普通外科中心, 四川成都610083)

摘要: **目的** 探讨胃切除后急性胆囊炎的微创治疗的方法和效果。 **方法** 回顾性分析28例胃切除术后近期(<4周)并发急性胆囊炎患者的临床资料。全组均明确诊断后先行常规非手术治疗,经24h治疗后症状体征无缓解的病例加行B超引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术(PTGD)。 **结果** 5例经非手术治疗缓解;23例加行PTGD,穿刺置管成功率100%。置管抽吸胆汁后症状体征即明显减轻,3~7d后症状体征完全消失。 **结论** 超声引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术治疗胃切除术后近期并发急性胆囊炎效果确切,创伤小,患者恢复快,具有明显的优越性。

关键词: 胃切除术/副作用; 胆囊炎/病因学; 胆囊炎/外科学; 微创治疗

中图分类号: R656.61; R575.61

文献标识码: A

Microinvasive management of post-gastrectomy acute cholecystitis

LI Ke-zhou, TIAN Fu-zhou, ZHOU Qing-xian, CHAI Zhong-hong, GONG Jia-qing, ZHANG Guo-hu, CHEN Qi, SHI Li

(General Surgery Center, Chengdu Army General Hospital, Chengdu, 610083, China)

Abstract: **Objective** To study the microinvasive treatment of post-gastrectomy acute cholecystitis. **Methods** Twenty-eight cases of post-gastrectomy acute cholecystitis were treated by routine non-operative method first, if cases with no apparent relief after 24h of treatment were further treated with percutaneous transhepatic gallbladder puncture and drainage (PTGD) guided by ultrasonography. **Results** Five cases were treated by non-operative method with complete relief within 24 hours. PTGD was done successfully in all the other 23 cases. In cases with ideal bile drainage at the time of intubation, the patients had immediate marked relief of their symptoms and signs, and they fully recovered within 3~7 days. **Conclusions** Ultrasound guided PTGD is an effective treatment for post-gastrectomy acute cholecystitis with the advantages of microinvasion and quick patient recovery.

Key words: Gastrectomy/adv eff; Cholecystitis/etiol; Cholecystitis/surg; Microinvasive Management

CLC number: R656.61; R575.61

Document code: A

胃切除手术已广泛应用于胃、十二指肠良恶性疾病的治疗,胃切除手术后可发生多种并发症,术后近期(<4周)发生急性胆囊炎是其较少见但较严重的并发症。近年来我科收治28例胃手术后并发急性胆囊炎的病例,其中23例行经皮经肝胆囊穿刺引流术(PTGD)治疗,并取得满意效果,现报

告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组共28例,其中男20例,女8例;年龄为38~78(平均49岁)岁。原发疾病有十二指肠球部溃疡2例,胃溃疡3例,胃癌20例,胃壁平滑肌瘤2例,胃淋巴瘤1例。均行远端胃大部切除术,胃切除后消化道重建方式有Billroth I式胃十二指肠吻合3例,Billroth II式胃空肠吻合25例。胃手术与急性胆囊炎发生时间间隔3~27(平均9.5)d。28例患

收稿日期:2006-01-25; 修订日期:2006-05-23。

作者简介:李可洲,男,四川成都人,成都军区成都总医院主任医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:李可洲 E-mail:Kzchina@yahoo.com。

者术前均无胆囊炎、胆结石病史,胃手术过程中探查也未发现胆囊病变。急性胆囊炎发生后距确诊时间1~5(平均2)d。其中10例为本院发生,18例由外院转入。

1.2 临床表现

症状以右上腹胀痛或绞痛为主,可放射至右肩背部,并可引起其他不典型的消化道症状。体检以右上腹压痛或叩痛为主,Murphy's征可为阳性,部分患者还可触及肿大下垂的胆囊。白细胞常常明显升高至超过正常。由于部分患者急性胆囊炎发生于胃手术的早期,症状体征均不典型,常使诊断受到干扰,应引起临床医生注意。

1.3 诊断与鉴别诊断

由于胃切除术后急性胆囊炎系发生于上腹部手术后,且大部分病例发生时间距原手术时间较短,容易与胃手术以后常见的十二指肠残端瘘、吻合口瘘,腹腔残余感染等并发症混淆。当胃手术后出现腹痛、发热、白细胞明显升高,体检发现右肋下压痛即应考虑到本病,B超发现胆囊肿大呈炎症表现即可明确诊断。本组早期7例均不同程度考虑为前述几种并发症,后经行B超检查方确立诊断,后21例第一诊断即为急性胆囊炎,并经B超证实。

2 治疗及结果

2.1 非手术治疗

全组均先采用禁食、补液及抗炎等非手术治疗。其中5例缓解,23例经治疗观察无好转,乃加行B超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流术(PTGH)。

2.2 PTGD按我科介绍的方法^[1]加以改进

使用SSD-250型超声仪3.5MHz引导,显示胆囊最大纵断面,选距肝缘(2.0±0.5)cm与胆囊最大横断面交叉点为穿刺点。消毒皮肤,局麻后用尖刀刺入皮下,以PTCD套管针循与探头中点平行方向刺入,与胆囊纵轴呈30°~45°,斜向胆囊颈。针进腹腔前,嘱患者屏气5~10s,迅速刺破腹膜并刺入肝内并进入胆囊腔,退出针芯,放入引导丝至胆囊颈部,将导管沿导丝送至胆囊颈,尽量抽出胆汁后缝合固定导管,结束操作,导管接引流袋。23例置管当日引流量30~80mL(平均60mL),颜色为暗褐色或墨绿色,稠厚;置管后第1天引流量20~

30mL,并逐渐减少;第3,4天开始引流量稳定于10~20mL,墨绿色。置管抽吸出淤积胆汁后所有病例症状均有明显缓解,体征也明显减轻,白细胞逐渐恢复正常,3~7后症状完全消失,于2~3周后拔管结束治疗。

3 讨论

急性胆囊炎是胃手术尤其是胃癌根治术后一种较少见并发症,但由于其症状较不具典型特征,又多发生于高龄胃癌病人术后,体征反应较弱,故不易及时明确诊断,可能造成严重后果。

胃手术后急性胆囊炎的发病因素是多方面的:(1)由于胆管周围淋巴结的清扫,可引起胆囊供血血管痉挛,使胆囊壁缺血;(2)迷走神经干被切断及清除腹腔淋巴结时损伤交感神经节,可导致胆囊收缩无力,胆汁淤滞;(3)消化道生理的改变也会影响胆囊胆管的排空;(4)肠道消化液逆流直接导致感染等^[2]。目前研究认为急性胆囊炎的发病以前两种因素居多,尤以迷走神经干及交感神经节的损伤为主要发病因素。

由于本病较少发生,常致延误或遗漏诊断。因此,对胃手术后本病的发生要有充分的重视,对其临床表现要有必要的认识。本病较多发生于术后开始进食时或进食的近期,临床表现与一般胆囊炎相似,但症状体征较重,且进展较快,其症状可在进食脂餐后明显加重。最初为胃部不适、嗝气,右季肋区疼痛等,随着病程进展可出现寒战高热,脉搏增快,右上腹明显的压痛,墨菲氏征可为阳性,有时还可触及肿大的胆囊,部分患者可出现轻至中度的黄疸。血白细胞计数增高,中性白细胞数增多,并可出现核左移。胃手术后近期出现上述症状体征即应考虑到本病,确定性诊断需要即时行B超(或床旁B超)检查,多可发现肿大扩张的胆囊,胆囊壁明显增厚、毛糙,内可有碎屑滞留。

既往有作者^[3]提出,胃手术后并发急性胆囊炎因易于发生坏疽穿孔,治疗上应以急诊手术为主要治疗手段,紧急行胆囊切除术,对胆囊炎症较重或全身情况较差的病人,则仅行胆囊造瘘术。笔者认为此类急性胆囊炎发生的始动因素为胆囊收缩功能减退,胆汁淤积。胆囊积液扩张,胆囊壁的炎性

改变以及缺血、坏死则系胆囊内高压所导致的继发性改变。其他学者的研究^[4-5]也证实胃手术后胆囊收缩功能的明显下降。因此,只要能早期明确急性胆囊炎诊断,及时降低胆囊内压力,则这种继发性急性胆囊炎可以经非手术方法治愈。

本组23例行经皮位肝胆囊穿刺置管术治疗的急性胆囊炎病人患者,置管后抽吸胆汁较理想者当时即可有腹痛症状的明显减轻,病情较轻者引流后24h症状体征即可完全消失即使病情较重者,胆囊引流24h后症状体征也有明显减轻,血象明显好转,置管后3~7d症状体征也已完全消失。由于PTGD系微创操作,该措施对胃肠道功能几乎没有影响,胃肠道功能已恢复者置引流后可照常进食。胃肠道功能尚未恢复者,其恢复时间也无明显延长。因此,该方法在维护患者营养状态方面较传统手术方法有明显优势;由于避免了再次开腹手术,减轻了患者的痛苦和经济负担,避免了可能发生的医患纠纷;同时,也为肿瘤患者后续治疗赢得了时间。因此,对胃手术后近期发生的急性胆囊炎,经过常规非手术治疗无效者,加行微创的PTGD效果确切,较胆囊切除或造瘘术具有明显的优势。

对该病的预防,笔者有以下几点体会:(1)因十二指肠、胃良性病变行胃切除术时应尽可能行Billroth I式胃肠吻合术,并尽可能保幽门及迷走神经(尤其是迷走神经肝胆支),该术式对胆囊功能影响较小。(2)对早期胃癌在确保肿瘤根治性的前提下,可选择性的行保留幽门的胃切除术,已有研究

证明能较好的保护术后胆囊运动功能,减少术后急性胆囊炎的发生^[6]。(3)胃切除术后可给予促进胆囊收缩药物的促进胆囊排空,如CCK,西沙必利等^[7],但其确切的治疗效果尚需进行严格的临床对照研究以得出结论。

参考文献:

- [1] 王孝华,蔡忠红,王长俊,等.胆囊床至肝缘距离的测量及其与胆囊介入超声的意义[J].中国超声医学杂志,1991,7(4):264-265.
- [2] 曲小良,王林.胃术后急性胆囊炎[J].中国普通外科杂志,1999,8(4):270-271.
- [3] 巩本刚,张同俟,张连国,等.胃切除术后近期并发的急性胆囊炎[J].中国普通外科杂志,1994,3(3):143-144.
- [4] 汪宝林,李应生,汪国洋,等.远端胃切除术后胆囊收缩功能观察[J].中国超声医学杂志,1999,15(4):260-261.
- [5] 朱苏阳,侯锐,刘成国.胃术后对胆囊影响的超声检测与分析[J].中国超声诊断杂志,2004,5(1):11-13.
- [6] Teshio I, Yasushi R, Makoto T, *et al.* Postoperative functional evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer compared with conventional distal gastrectomy [J]. *Surgery*, 1998,123(2):165-170.
- [7] Maraio L, Difelice F, Laico MG, *et al.* Gallbladder and normal gastric emptying of liquids in patients with dyspeptic symptoms. A double-blind placebo-controlled clinical trial with cispripide [J]. *Dig Dis Sci*, 1992,37(2):262-263.

《医学信息》手术学分册 2007 年征订启事

《医学信息》手术学分册 (ISSN 1006-1959 CN 61-1278/R) 是由中华人民共和国科学技术部主管国家级科技期刊。是中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊,中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊,中国期刊全文数据库全文收录期刊,中国期刊网、中国学术期刊(光盘版)全文收录期刊。主要栏目有:专家论坛,临床论著,短篇论著,经验交流,综述与讲座,研究生园地,新技术与新方法介绍,经验与教训,药物与临床,护理园地等。

2007年《医学信息》手术学分册的征订工作现已开始。本刊为月刊,国内外公开发行。每本定价8元(含邮资),全年定价96元。全国各地邮局均可办理征订,邮发代号:52-88,编辑部也可直接办理订阅。

《医学信息》手术学分册编辑部地址:河南省卫辉市健康路88号新乡医学院第一附属医院,邮编:453100,电话:0373-4402935,传真:0373-4402794, E-mail: yxxxss1987@126.com。