



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.008
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3983.shtml

·胆道外科专题研究·

双通道植管联合胆道镜保胆取石治疗高龄结石性胆囊炎

王华, 汪涛, 汤礼军, 刘炼炼

(成都军区总医院 普外中心, 四川 成都 610083)

摘要

目的: 评价B超引导下胆囊穿刺双通道植管联合胆道镜保胆取石治疗高龄高危急性结石性胆囊炎患者的疗效。

方法: 回顾性分析2012年1月—2013年12月收治的35例80岁以上急性结石性胆囊炎患者的临床资料。

结果: 35例患者均行超声引导下胆囊穿刺双通道植管胆囊冲洗、减压、持续引流, 6~8周后, 行胆道镜经窦道保胆取石。所有患者超声引导穿刺植管均一次性成功, 1例发生穿刺后出血, 经对症处理止血成功; 1例因植管窦道形成不佳改行胆囊切除术, 余34例均成功保胆取石(34/35); 随访4~24个月, 结石复发1例(1/34)。

结论: 双通道胆囊穿刺植管联合胆道镜保胆取石治疗高龄高危胆囊结石方法简单、疗效可靠, 具有推广价值。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1055-1058]

关键词

胆囊结石病 / 外科学; 胆囊造口术; 外科手术, 微创性; 老年人, 80以上
中图分类号: R657.4

Double-channel tube placement combined with choledochoscopic lithotomy for acute calculous cholecystitis in elderly patients

WANG Hua, WANG Tao, TANG Lijun, LIU Lianlian

(Center of General Surgery, General Hospital of Chengdu Military Region, Chengdu 610083, China)

Corresponding author: WANG Tao, Email: watopo@163.com

ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficacy of gallbladder-preserving treatment via B-ultrasound-guided gallbladder puncture and dual-channel tube placement plus choledochoscopic lithotomy in treatment of acute calculous cholecystitis in high-risk elderly patients.

Methods: The clinical data of 35 patients over 80 years of age with acute calculous cholecystitis admitted from January 2012 to December 2013 were retrospectively analyzed.

Results: All the 35 patients underwent B-ultrasound-guided gallbladder puncture and dual-channel tube placement for lavage and decompression of the gallbladder and continued drainage, followed by choledochoscopic lithotomy via sinus tract with gallbladder preservation 6 to 8 weeks later. Ultrasound-guided gallbladder puncture and tube placement were successfully performed in all patients in one session, and bleeding

收稿日期: 2014-05-20; 修订日期: 2014-07-21。

作者简介: 王华, 成都军区总医院主治医师, 主要从事肝胆胰疾病诊断与治疗方面的研究。

通信作者: 汪涛, Email: watopo@163.com

occurred in one case after gallbladder puncture, which was controlled by hemostasis treatment. One case was converted to cholecystectomy due to incomplete sinus tract formation of the tube, and gallbladder-preserving cholecystolithotomy was successfully conducted in all the remaining 34 cases (34/35). Follow-up ranged for 4 to 24 months and stone recurrence was observed in one case (1/34).

Conclusion: Dual-channel tube placement plus choledochoscopic gallbladder-preserving cholecystolithotomy for high-risk elderly patients with acute calculous cholecystitis is a simple treatment method with reliable efficacy, so its use is recommended. [Chinese Journal of General Surgery, 2014, 23(8):1055-1058]

KEYWORDS Cholecystolithiasis/surg; Cholecystostomy; Surgical Procedures, Minimally Invasive; Aged, 80 and over

CLC number: R657.4

胆囊结石是胆道外科的常见病、多发病。随着老龄人口的增多,老年胆囊结石的发病率也逐年上升。由于老年人多伴有其它全身性疾病,如糖尿病、高血压、心脏病、肺部感染等,传统的胆囊切除手术及麻醉对于这一特殊群体来讲风险大、并发症多。在“损伤控制”外科理念盛行的大背景下,“微创化”治疗已成为外科发展的主流趋势。自 2012 年 1 月—2013 年 12 月,我中心首创采用超声引导下胆囊穿刺双通道植管,继而行胆道镜经窦道保胆取石(简称“声镜联合”),在实现取净结石、缓解炎症的目标同时,又规避了麻醉和手术的创伤及风险。现回顾性分析 35 例患者临床资料,旨在探讨“声镜联合”治疗老年急性结石性胆囊炎的可行性和安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 35 例,男 21 例,女 14 例;年龄 80~91 岁,平均 86.2 岁。入选标准:明确诊断为急性结石性胆囊炎,排除萎缩性结石性胆囊炎、Mirizzi 综合征、合并胆总管结石、合并胆囊癌者。多发胆囊结石 26 例,单发 9 例。临床表现为右上腹痛,墨菲氏征阳性,部分伴有胆囊积液,胆囊壁增厚。伴有神经系统疾病 5 例,糖尿病 7 例,高血压 16 例,心脏病 28 例,肺气肿 4 例;22 例合并 2 种以上疾病。所有患者术前实验室检查白细胞计数均升高($12.6 \times 10^9 \sim 21.2 \times 10^9$ mmol/L,平均 16.5×10^9 mmol/L)。符合美国麻醉协会 ASA 分级 3 级以上,为麻醉高风险患者群。所有患者均签署知情同意书,本研究通过本院伦理委员会的批准。

1.2 治疗方法

第一步:完善术前常规检查,包括实验室检查和影像学检查。于 B 超引导定位,选择穿刺点,一般择右侧腋前线或右侧锁骨中线第 7 或 8 肋间隙,靶点为胆囊床,经皮经肝用 7 F 猪尾型穿刺针直接穿刺,进入胆囊腔,拔出针芯,抽出胆汁减压,固定引流管于皮肤,第一通道植管成功。用注射器抽净胆囊内胆胆汁,并用生理盐水盥洗,每次注入生理盐水量勿超过抽出胆汁的量,直至冲洗液清亮。然后再向胆囊腔内注入 60~80 mL 生理盐水,使胆囊充盈,张力增高准备穿刺第二通道(图 1-2)。第二步:同法选择右侧肋缘下为体表穿刺点,局麻后先在皮肤表面切开 1.0 cm 切口,再在超声引导下植入 18 F 猪尾型引流管,固定。2 根引流管均接引流袋,观察 2~3 d,若无出血、漏胆等并发症,患者可带管出院,注意保持引流胆汁通畅。6~8 周后回院行胆道镜取石。第三步:胆道镜取石。术前需夹闭 2 根引流管 24 h,使胆囊充盈。操作前先拔除 18 F 引流管,进入胆道镜,此时若胆道镜因窦道狭窄不能自由进入,可用括弧器逐步扩张窦道,直至胆道镜能顺利进入胆囊腔,直视下用取石网套出结石,若结石过大,可用碎石机碎石后取出(图 3-4),对于泥沙样结石胆道镜不易取出的,可用吸引器抽出。结束前需仔细检查胆囊颈管和胆总管是否有小结石嵌顿。术毕,再顺引导丝植回引流管,固定,接引流袋。第四步:拔管。取石后 2~3 d,复查超声或经引流管造影,确认无结石残留,先拔除 18 F 引流管,保持 7 F 引流管通畅,患者可出院。待肋缘下窦道封闭后,夹闭 7 F 引流管 24 h,无腹痛、发热、黄疸等症状,即可拔除该引流管。术后长期口服消炎利胆药物,增加胆酸盐浓度,降低结石复发。



图 1 双通道穿刺植管

Figure 1 Double puncture tract and tube placement



图 2 术前胆囊结石超声图像

Figure 2 Preoperative ultrasound showing the gallbladder stones



图 3 胆道镜下取石网取石

Figure 3 The gallbladder stone extraction via choledochoscope



图 4 取出的结石

Figure 4 The extracted stones

2 结 果

2.1 近期疗效

所有患者超声引导穿刺植管均一次性成功, 且住院期间急性胆囊炎症状均明显缓解, 实验室检查白细胞计数恢复正常, 暂出院等待取石时机。第 2 次入院行胆道镜经引流管窦道取石 34 例成功, 复查腹部彩超未见结石残留。1 例因肋缘下窦道未形成而改行硬膜外麻醉下开腹胆囊切除术。所有患者取石顺利, 无诱发心脑血管疾病病例。

2.2 并发症及处理

1 例于植管后当日持续有淡血性胆汁引出, 注入止血药, 夹闭引流管, 次日冲洗胆囊腔, 未再出血。无心肺严重并发症发生。

2.3 随访

随访 4~24 个月, 1 例于术后半年结石复发, 无因胆囊结石死亡病例。

3 讨 论

3.1 高龄高危结石性胆囊炎“微创化”治疗的迫切要求

腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 以其“微创”的理念一直为治疗胆囊结石的金标准^[1-2]。在年轻患者中 LC 仍为首选, 高龄患者因其机体各器官功能衰退, 神经传导功能减弱, 对痛觉和应激反应迟钝, 往往就诊时已有腹膜炎、脓毒血症等, 若再伴有其它全身性基础疾病如高血压、糖尿病、心脏病、慢性阻塞性肺疾病等, 对麻醉和手术耐受力差, 这些都是治疗棘手的因素^[2]。能否寻求一种更“微创化”的治疗手段, 成为广大肝胆外科医生的当务之急。

3.2 胆囊穿刺造瘘术的发展及双通道植管的意义

1980 年超声引导下经皮胆囊穿刺造瘘术开始应用于临床, 因其操作简单, 安全有效, 很快成为保守治疗高龄高危急性胆囊炎患者的一种有效手段^[3]。广泛应用于急性梗阻性化脓性胆囊炎、急性非结石性化脓性胆囊炎, 胆囊积液且年老体弱, 尤

其合并有心、脑、肺等重要器官疾病，不能耐受麻醉和手术的患者。其禁忌证有：(1) 凝血功能严重异常者；(2) 伴有大量腹水者；(3) 萎缩性胆囊炎；(4) 怀疑胆囊穿孔、胆囊癌者^[4]。但其局限性在于只解决暂时问题，治标不治本，引流后仍需行胆囊切除术，否则可能长期带管生存。若引流管脱落容易引起漏胆和胆汁性腹膜炎，后果更为严重。在此基础上，我中心首创双通道植管引流，一粗一细，细的 7 F 引流管由肋间隙进针，粗的 16 F 引流管为避免损伤肋间神经、血管，由右侧肋缘下进针，形成对口引流。治疗过程中可通过 7 F 引流管注射抗生素或生理盐水冲洗，由 16 F 引流管引出粘稠脓性胆汁、泥沙、坏死组织等。即便其中 1 根引流管滑脱，只要另 1 根引流通畅即可避免胆汁漏入腹腔。待窦道形成后，可逐渐扩张 16 F 窦道直至胆道镜能顺利进入胆囊腔。本组 35 例患者超声引导下植管均一次性成功，无引流管滑脱和漏胆患者。

3.3 纤维胆道镜取石的应用基础和操作优势

既往很多人认为结石高复发率是阻碍保胆取石技术发展的绊脚石，但随着内镜技术的发展和治疗器械的改进，近年来保胆取石术后复发率明显降低^[5-8]。近年来，国内诸多报道^[9-12]指出胆道镜保胆取石具有无视野死角，可清洗观察结石大小、数量、分布、胆囊管的解剖走行是否异常等优点，有效降低“残石率”，使术后真正复发率降低到 2%~7%。经肋缘下窦道进镜路径短，操作方便，一般小结石可直接用取石网篮套出。对于 >2 cm 的较大结石，可用碎石机打碎结石后取出。若结石嵌顿在胆囊颈部，取石网篮几乎无套取空间，更有必要先碎石。操作过程中注意保护胆囊黏膜，减少损伤。

3.4 术后药物治疗以减少结石复发

近年来有研究^[13-14]指出口服熊去氧胆酸溶石慢，疗效不尽人意。而牛黄熊去氧胆酸是参与“肠肝循环”的胆酸之一，其亲水性较熊去氧胆酸强，具有良好的溶解性和较低的膜损伤效应，更有效、更快速的被转运到胆汁中，促进胆固醇结石溶解。其代表药物为滔罗特，我中心田伏洲等^[15]通过大量病例研究指出，间断口服滔罗特可以有效降低保胆取石术后结石复发率，尤其对于胆固醇性结石的患者效果较明显。本组 34 例保胆成功患者术后均间断口服滔罗特，每月连服 5 d，早晚餐后各服 1 粒，随访期内只发现 1 例复发。但 10 年以上复发率仍有待研究。

对于高龄急性结石性胆囊炎这一难题，通过建

立人工通道，缓解了炎症，又为取石创建了路径。以胆道镜微创技术完成结石的治疗，也是对“损伤控制”和“快速康复”这些现代理念的诠释。

参考文献

- [1] 龙云, 田立新, 阎圣玉, 等. 腹腔镜联合肾镜下超声碎石保胆取石术治疗胆囊结石 52 例临床体会 [J]. 辽宁医学杂志, 2012, 26(4):183-184.
- [2] 曹月敏. 浅谈内镜微创保胆取石术 [J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(8):673-675.
- [3] 孙斌. 多镜联合微创保胆取石术对老年患者胆囊功能的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(22):5743-5744.
- [4] 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体会 [J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(19):1978.
- [5] 高建军, 倪世强, 刘成国, 等. 超声引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术治疗老年重症胆囊炎 2 例 [J]. 临床军医杂志, 2010, 38(2):202.
- [6] 张阳德, 乔铁, 冯禹阳, 等. 内镜微创外科是治愈疾病及保留器官与器官功能的最佳途径——论内镜下保留胆囊取石或摘除息肉 [J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(5):449-451.
- [7] 葛长青, 李全福, 刘建辉, 等. 腹腔镜辅助胆道镜保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术的比较 [J]. 中国内镜杂志, 2012, 18(2):199-202.
- [8] 周筱筠, 孙鑫国, 谢荣俊, 等. 三孔腹腔镜联合胆道镜保胆取石术治疗胆囊结石 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(8):1081-1084.
- [9] 朱星屹, 刘京山, 赵期康, 等. 胆囊造瘘在内镜保胆取石术中的应用体会 [J]. 中国内镜杂志, 2011, 17(2):157-159.
- [10] 张辉, 陈琪, 王涛, 等. 序贯式双通道胆囊穿刺造瘘联合胆道镜微创保胆取石 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(8):1020-1024.
- [11] 江宗兴, 汪涛, 汤礼军, 等. 双通道保胆取石治疗高龄高危急性结石性胆囊炎 15 例报告 [J]. 中国实用外科杂志, 2014, 34(3):264-265.
- [12] 陈琪, 汤礼军, 陈涛, 等. 超声引导下微创双通道保胆取石术 [J]. 西南国防医药, 2013, 23(11):1200-1201.
- [13] 陈建飞, 赵期康, 李晋忠, 等. 牛磺熊去氧胆酸与熊去氧胆酸对预防保胆术后结石复发的临床研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2014, 14(4):311-313.
- [14] 何芳, 张光全. 微创保胆取石术联合牛磺熊去氧胆酸预防胆囊结石复发效果观察 [J]. 实用肝脏病杂志, 2014, 17(3):317-319.
- [15] 宋宗涛, 田伏洲, 陈理国, 等. 滔罗特用于预防胆囊结石复发的临床效果分析 [J]. 西南国防医药, 2014, 24(3):249-250.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 王华, 汪涛, 汤礼军, 等. 双通道植管联合胆道镜保胆取石治疗高龄结石性胆囊炎 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1055-1058. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.008

Cite this article as: WANG H, WANG T, TANG LJ, et al. Double-channel tube placement combined with choledochoscopic lithotripsy for acute calculous cholecystitis in elderly patients [J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(8):1055-1058. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.008