

腹腔镜胆囊切除术与 经皮经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术 治疗急性重症胆囊炎高龄患者的效果比较

金戈, 朱文献, 王艳华

(上海市普陀区中心医院 急诊外科, 上海, 200083)

关键词: 急性重症胆囊炎; 腹腔镜胆囊切除术; 经皮经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术; 高龄患者

中图分类号: R 575.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)07-116-03 DOI: 10.7619/jcmp.201707034

急性重症胆囊炎是临床常见的急腹症,主要表现为腹部阵发性绞痛、触痛,腹肌强直,多数病人合并有胆囊结石,其中有80%的患者是由于胆囊结石引起胆囊管梗阻所导致^[1],死亡率较高。本研究分析急性重症胆囊炎高龄患者应用腹腔镜胆囊切除术与经皮经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年8月—2016年9月来本院就诊的急性重症胆囊炎患者120例,根据随机数表法将所有患者分为观察组和对照组各60例。纳入标准:①经过临床症状、超声或CT检查明确诊断为急性重症胆囊炎的患者;②经过超声、CT检查诊断具有结石的患者。排除标准:①伴有肝肾功能明显异常的患者;②对研究所使用药物过敏的患者;③合并有器官衰竭性疾病或内分泌疾病的患者。观察组中男36例,女24例,年龄60~75岁,平均年龄 (66.9 ± 4.6) 岁;体质量40.3~48.2 kg,平均体质量 (43.2 ± 3.01) kg;发病时间2~48 h,平均发病时间 (24.2 ± 8.9) h。对照组中男34例,女26例,年龄61~75岁,平均年龄 (65.8 ± 4.9) 岁;体质量39.8~48.3 kg,平均体质量 (44.1 ± 3.23) kg;发病时间2~48 h,平均发病时间 (23.9 ± 9.2) h。2组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者及家属均知情同意,均签署知情同意书。本次研究经本院医学伦理学委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 经脾经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术:

观察组患者确诊后12 h内进行处理,在B超引导下进行经脾经肝胆囊穿刺。在右锁骨中线与腋前线间合适位置进行麻醉,胆囊前缘距离肝脏为2.0 cm左右,胆囊颈部体位进行穿刺。注意保护肝脏,要求患者密切配合,均匀呼吸。进入胆囊腔体后,回抽确认胆汁,将套管推入胆囊腔,放置8F导管,导管留置深度在5.0 cm左右,经超声确认置入位置是否准确,以缝扎的方式将套管固定于皮肤,另一侧连接引流袋。经脾经肝胆囊穿刺后5 h患者禁食,卧床3 d,期间为确保导流通畅,使用0.9%氯化钠冲洗^[2-3]。症状明显改善后,行腹腔镜下胆囊切除术。术后常规抗感染治疗。

1.2.2 急性腹腔镜胆囊切除术:对照组患者术前全身麻醉,接受急性腹腔镜胆囊切除术,术中根据患者具体情况可转开腹处理,术后常规抗感染治疗。

1.3 观察指标

对比2组患者的住院时间、手术时间、入院调理时间、出血量、凝血功能恢复时间、体温恢复时间、白细胞计数恢复时间及不良反应发生率等。

1.4 统计学方法

将数据录入SPSS 20.0进行统计分析,计数资料行 χ^2 检验,用 $[n(\%)]$ 表示。计量资料采用 t 检验,以均数 $\pm$ 标准差表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者入院调理时间、住院时间、手术时间、出血量、体温恢复时间、凝血功能恢复时间、白细胞计数恢复时间均显著优于对照组患者($t = -11.337$ 、 -64.545 、 -24.740 、 -27.077 、

-9.143、-47.680、-8.261, $P < 0.01$)。见表1。观察组患者感染、消化道出血、疝气、肝脏损伤和肠穿孔的发生率与对照组患者相比,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.209$ 、 2.034 、 0.000 、 1.008 、 0.000 , $P > 0.05$)。观察组患者胆瘘的发生率为3.33%,显著低于对照组16.67% ($\chi^2 = 5.926$, $P = 0.015$)。观察组患者不良反应总发生率为16.67%,显著低于对照组患者20.00% ($\chi^2 = 4.444$, $P = 0.035$)。见表2。

表1 2组临床指标比较

指标	观察组($n=60$)	对照组($n=60$)
入院调理时间/h	2.55 ± 1.27 **	5.21 ± 1.30
手术时间/min	35.47 ± 2.18 **	62.18 ± 2.35
体温恢复时间/d	1.51 ± 0.06 **	2.61 ± 0.93
凝血功能恢复时间/d	1.76 ± 0.09 **	2.89 ± 0.16
出血量/mL	10.53 ± 1.26 **	68.83 ± 18.21
白细胞计数恢复时间/d	2.51 ± 1.21 **	4.32 ± 1.19
住院时间/d	10.63 ± 2.23 **	21.98 ± 2.36

与对照组比较, ** $P < 0.01$ 。

表2 2组不良反应发生情况比较[n(%)]

类别	观察组($n=60$)	对照组($n=60$)
感染	2(3.33)	3(5.00)
消化道出血	0	2(3.33)
疝气	2(3.33)	2(3.33)
肝脏损伤	1(1.67)	0
胆瘘	2(3.33) *	10(16.67)
肠穿孔	3(5.00)	3(5.00)
总发生率	10(16.67) *	20(33.33)

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

急性重症胆囊炎的主要病因为胆囊管梗阻导致胆汁淤积,进而引起细菌大量繁殖,黏膜充血水肿,其主要临床表现为恶心、呕吐、右上腹痛、发热等。急性胆囊炎患者通常合并有全身性酸中毒、休克等症状,是肝胆科危险急症^[4]。机体表现出不适症状时,大部分患者已进入晚期,由于病情复杂多变,患者常出现胆囊坏疽,导致胆囊切除术风险增大。特别是急性重症高龄胆囊炎患者,由于患者自身免疫能力、应激能力明显下降,临床缺乏典型表现,行急诊腹腔镜胆囊切除术风险较大,并发症发生率较高^[5-7]。

本研究结果表明,观察组患者手术时间、白细胞计数恢复时间、入院调理时间、凝血功能恢复时间、住院时间、出血量、体温恢复时间均显著优于对照组患者。2组患者可见消化道出血、肠穿孔、

胆瘘、疝气、感染、肝脏损伤等不良反应,观察组患者胆瘘的发生率3.33%,显著低于对照组16.67%。观察组患者不良反应总发生率16.67%,显著低于对照组患者20.00%。这一研究结果与郭毅等^[8]研究结果一致。提示经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术的临床疗效优于腹腔镜胆囊切除术,安全性高。提示B超引导下经皮经肝胆囊穿刺在局部麻醉下,能够及时对患者胆道进行减压处理,有效缓解患者的中毒症状,同时由于创伤较小,降低了腹腔镜胆囊切除术的风险。经皮经肝胆囊穿刺能够有效控制高龄患者的急性炎症,虽不能完全根治病因,但有利于患者围术期的准备,在穿刺治疗5~7d后,患者体温恢复正常、腹部疼痛感明显缓解、实验室指标基本正常,即度过急性期后进行腔镜胆囊切除术,能够有效降低患者术中出血量,减少患者体温、凝血功能、白细胞计数恢复时间,能够有效提高患者手术的安全性,降低术后不良反应的发生率^[9-11]。

经皮经肝胆囊穿刺是在超声波引导下对胆囊床中上方1/3的位置进行穿刺,此部位脂肪较多,减少了术后损伤结肠肝区的概率,降低了术后胆瘘的发生率,同时可疏通患者胆囊颈梗阻或胆总管梗阻。手术能够抽出局部脓液等炎症组织,能够有效消除胆囊高压,改善局部炎症所导致的休克和酸中毒^[12-14]。腹腔镜胆囊切除术则多是选择在腋中线7~9肋间进行穿刺,距离胆囊较远,增大了患者肝脏出血的概率。

综上所述,急性重症胆囊炎高龄患者应用经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术的临床疗效显著,能够有效缩短患者治疗时间,降低并发症的发生率。

参考文献

- [1] 张宇,宋月坤.腹腔镜胆囊切除术在急性胆囊炎患者中的应用[J].实用临床医药杂志,2015,19(13):163-164.
- [2] Chung J H, Kim S G, Kim Y S, et al. Clinical usefulness of percutaneous transhepatic gallbladder aspiration in patients with acute calculous cholecystitis[J]. J Clin Gastroenterol, 2013, 47(3): 288-290.
- [3] 陈敏捷,郑剑波.经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术治疗老年急性重症胆囊炎效果比较[J].安徽医学,2013,34(6):756-758.
- [4] 李华丽,梁雪,魏伟,等.开腹取石保胆术与胆囊切除术治疗急性胆囊炎合并胆结石的临床效果分析与护理对策[J].实用临床医药杂志,2015,19(22):73-75.

- [5] Nath S K. Reduced Port Laparoscopic Cholecystectomy: Single and a Half Incision Lap Chole[J]. *Indian J Surg*, 2016, 78(5): 425-427.
- [6] 柳己海. 急性结石性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术手术时机的选择及中转开腹影响因素分析[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(3): 260-263.
- [7] 郭毅, 雷奕. 经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗高龄急性重症胆囊炎的临床疗效观察[J]. *现代诊断与治疗*, 2016, 27(16): 3046-3047.
- [8] Na B G, Yoo Y S, Mun S P, et al. The safety and efficacy of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in elderly patients with acute cholecystitis before laparoscopic cholecystectomy[J]. *Ann Surg Treat Res*, 2015, 89(2): 68-73.
- [9] Ni Q, Chen D, Xu R, et al. The Efficacy of Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage on Acute Cholecystitis in High-Risk Elderly Patients Based on the Tokyo Guidelines: A Retrospective Case-Control Study [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2015, 94(34): e1442.
- [10] 孙向东, 周艳丽, 王广军, 等. 经皮经肝胆囊穿刺引流术联合 LC 治疗高危老年急性胆囊炎[J]. *中国医师杂志*, 2015, 17(3): 443-444.
- [11] Komatsu S, Tsukamoto T, Iwasaki T, et al. Role of percutaneous transhepatic gallbladder aspiration in the early management of acute cholecystitis[J]. *J Dig Dis*, 2014, 15(12): 669-675.
- [12] 赵庆锋, 白文坤. 超声引导经皮经肝胆囊穿刺置管引流治疗急性梗阻性胆囊炎 20 例分析[J]. *齐鲁医学杂志*, 2012, 27(6): 538-539.
- [13] 于浩, 刘武, 姜洪磊, 等. 超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流联合腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎 117 例临床报道[J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2014, 21(8): 951-953.
- [14] 石广东. 腹腔镜胆囊切除手术治疗 79 例急性胆囊炎的临床体会[J]. *实用临床医药杂志*, 2016, 20(7): 188-189.

(上接第 113 面)

能够提供充分的手术视野,相比于翼点入路肿瘤的全切率要高,而翼点入路对患者脑组织和周维神经损伤较小,更利于患者术后恢复。在选择手术入路途径时,需要综合考虑的患者的实际病情,选用合适的手术入路。

参考文献

- [1] Santarius T, Jian B J, Englot D, et al. Delayed neurological deficit following resection of tuberculoma sellae meningioma: report of two cases, one with permanent and one with reversible visual impairment[J]. *Acta Neurochir*, 2014, 156(6): 1099-1102.
- [2] Hannequin P, Paviot A, Chaussy O, et al. Olfaction preservation after removal of large tuberculoma sellae meningiomas via a superior interhemispheric approach. A quantitative and qualitative study[J]. *Neurochirurgie*, 2015, 61(5): 318-323.
- [3] 邹坤良, 陈忠, 蔡洪, 等. 显微外科手术不同入路治疗鞍结节脑膜瘤的临床分析[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2015, 22(2): 200-201.
- [4] Soni R S, Patel S K, Husain Q, et al. From above or below: The controversy and historical evolution of tuberculoma sellae meningioma resection from open to endoscopic skull base approaches[J]. *J Clin Neurosci*, 2013, 21(4): 559-568.
- [5] Wang Q, Lu X J, Ji W Y, et al. Visual Outcome After Extended Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery for Tuberculoma Sellae Meningiomas[J]. *World Neurosurg*, 2010, 73(6): 694-700.
- [6] Chokyu I, Goto T, Ishibashi K, et al. Bilateral subfrontal approach for tuberculoma sellae meningiomas in long-term postoperative visual outcome[J]. *J Neurosurg*, 2011, 115(4): 802-810.
- [7] 吴祖超. 鞍结节脑膜瘤显微外科手术入路选择与临床分析[J]. *黑龙江医药*, 2016, 29(4): 787-788.
- [8] 伍敏, 霍钢, 杨刚, 等. 鞍区脑膜瘤的临床特征及手术治疗策略[J]. *重庆医科大学学报*, 2015, 40(1): 88-91.
- [9] 洪正安, 牛朝诗. 鞍结节脑膜瘤显微外科手术入路选择与临床分析[J]. *立体定向和功能神经外科杂志*, 2012, 25(1): 20-25.
- [10] 王雷, 简志宏, 葛培林, 等. 翼点入路切除鞍结节脑膜瘤[J]. *临床外科杂志*, 2015, 23(6): 415-416.
- [11] 雷波, 万晓强, 郑念东, 等. 翼点入路与眶上外侧入路治疗前循环动脉瘤的对比研究[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2016, 42(3): 190-192.
- [12] Khan O H, Krischek B, Holliman D, et al. Pure endoscopic expanded endonasal approach for olfactory groove and tuberculoma sellae meningiomas[J]. *J Clin Neurosci*, 2014, 21(6): 927-933.
- [13] 秦汉, 龚杰, 张戈, 等. 鞍结节脑膜瘤的影像学特征及翼点锁孔手术治疗[J]. *中国临床神经外科杂志*, 2014, 19(11): 641-644.
- [14] 吴雷, 沈晓黎, 郭华, 等. 鞍结节脑膜瘤显微外科治疗[J]. *中国现代医学杂志*, 2014, 24(25): 72-75.
- [15] 李杰飞, 张玉琪, 何乐, 等. 多模态影像融合技术在脑肿瘤手术中的应用[J]. *中华神经外科杂志*, 2016, 32(5): 458-460.