

超声引导下经皮经肝穿刺胆囊引流术治疗急性胆囊炎 58 例

玉素甫江·买塞地¹ 吴朝阳¹ 努尔买买提² 张涛² 陈映君²
(新疆维吾尔自治区人民医院 新疆乌鲁木齐 834000)

摘要:目的:探讨超声引导下经皮经肝穿刺胆囊引流术(PTGBD)治疗急性胆囊炎患者的治疗效果。方法:回顾性分析研究新疆维吾尔自治区人民医院急诊创伤外科自2021年1月—2023年9月通过PTGBD治疗的58例急性胆囊炎患者的临床资料。记录并比较患者治疗前后疼痛评分、体温、相关实验室检查结果。计量资料以均数±标准差(Mean±SD)表示,采用配对t检验进行组间统计分析。结果:所有急性胆囊炎患者均一次性置管成功,比较PTGBD术治疗前后的疼痛评分及体温,差异具有统计学意义(P<0.05)。相关实验室检查治疗后分别对应白细胞计数、CRP、总胆红素、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、降钙素原水平均较治疗前下降,比较差异均具有统计学意义(P<0.05)。结论:对于急性胆囊炎患者采用PTGBD术安全有效,能快速缓解症状值得临床上推广应用。
关键词:穿刺胆囊引流术;急性胆囊炎;经皮经肝

急性胆囊炎(acute cholecystitis, AC)是临床上常见的外科急腹症,多数患者常伴发胆囊结石,而腹腔镜下胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)是常用的外科治疗方法^[1],但对于年龄大、胆囊炎症重、合并严重基础疾病的高危患者,会增加手术和麻醉的风险。经皮经肝穿刺胆囊引流术(Percutaneous transhepatic gall bladder drainage, PTGBD)是一种简单、安全、有效的微创治疗方法,可以减轻局部胆囊水肿,控制感染,改善临床症状,为后续手术治疗创造更好的条件。它也可作为手术风险较高AC患者的替代治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

方法:回顾性分析研究新疆维吾尔自治区人民医院急诊创伤外科自2021年1月至2023年9月收治的58例急性胆囊炎患者的临床资料,其中男性33例,女性25例,年龄34~90岁,平均(68.47±15.26)岁,身高(165.84±8.41),体重(69.67±10.71)。根据2018年东京指南^[2],治疗前所有患者均明确诊断为急性胆囊炎,纳入标准如下:1.局部表现:如墨菲征,右上腹疼痛、压痛或包块;2.全身炎症表现,如发烧、C反应蛋白(CRP)升高和白细胞计数(WBC)升高;3.影像学提示胆囊肿大、张力高,胆囊壁增厚水肿,伴或不伴胆囊结石。排除标准:(1)长期口服抗凝药物者;(2)合并严重凝血功能障碍者;(3)合并胆总管结石或并发急性胆源性胰腺炎;

1.2 治疗方法

超声引导下PTGBD术:患者取仰卧位,右侧肋间B超定位并标记穿刺点,常规消毒铺巾,局部浸润麻醉,超声引导下将8或10Fr穿刺针(美国巴德公司生产)经皮经肝穿刺入胆囊,拔出针芯回抽出胆汁,沿针推入导管鞘,以将猪尾管放置在尽可能靠近胆囊颈部的位臵,拔出穿刺针,拉紧固定线环绕后固定,抽出胆汁进行减压并送至细菌培养,再次确认引流管前端盘绕在胆囊内,导管鞘经专用自带的装置贴于腹壁,外接引流袋并固定。

1.3 观察指标

PTGBD治疗前和治疗后48小时疼痛评分、体温,实验室检查指标包括白细胞计数、CRP、降钙素原、总胆红素、谷丙转氨酶、谷草转氨酶等。

1.4 统计学分析

采用IBM SPSS 22.0进行统计描述和分析,服从正态分布的计量资料以均数±标准差(Mean±SD)表示,并采用配对t检验进行分析,P<0.05认为差异具有统计学意义。

2 结果

58例患者均顺利行PTGBD术,临床成功率为100%,患者穿刺后的疼痛较穿刺前减低、体温较前下降,实验室相关指标如白细胞计数、CRP、降钙素、总胆红素、谷丙转氨酶、谷草转氨酶水平均较治疗前下降(P<0.05)。

表1. 患者治疗前后指标比较(n=58例)

观察指标	治疗前	治疗后	T值	P值
疼痛评分	4.58 ± .932	1.81 ± 0.732	25.262	.000
体温	37.24 ± .843	36.48 ± 0.237	6.717	.000
白细胞	14.59 ± 5.627	7.98 ± 3.614	9.953	.000
CRP	144.18104.78	72.10+72.17	4.652	.000
总胆红素	55.42 ± 97.445	32.18 ± 46.59	2.566	.000
谷丙转氨酶	75.18 ± 86.37	51.26 ± 27.39	1.989	.019

谷草转氨酶	76.19 ± 92.38	47.20 ± 63.75	1.685	.009
降钙素	12.24 ± 13.34	0.48 ± 6.51	12.312	.001

3 讨论

急性胆囊炎是一种由胆囊管阻塞和细菌感染引起的,伴有或不伴有胆结石的常见疾病。急性胆囊炎的最佳治疗方法是早期胆囊切除术,而腹腔镜下胆囊切除术目前已成为AC的标准治疗方法。但对合并多种基础疾病或是危重症患者,腹腔镜下胆囊切除术有一定的难度。

PTGBD是通过在胆囊内放置外引流管,将胆囊内液体引流出来,从而迅速降低胆囊压力,显著缓解感染中毒症状。自Radder^[3]首先报道了PTGBD在超声引导下可以降低胆囊内压力并排出感染的胆汁后,这一技术被慢慢应用,逐渐发展并趋于成熟。PTGBD可以通过两种方式进行,即经肝或经腹膜的途径。Akhan^[4]等^[4]报道,经腹膜途径增加了胆漏的风险,经肝和经腹膜途径的并发症发生率没有差异,在本研究中也使用了经肝的方法,这种方法将腹腔内胆汁渗漏和结肠肝曲的意外损伤风险降至最低。

经肝入路的PTGBD因安全性及微创性,成为对保守治疗无效AC患者的有效治疗选择。PTGBD具有较高成功率,它也可以更好地对胆道系统进行术前评估,为后期安全地进行腹腔镜胆囊切除术创造有利条件,它避免了严重胆道炎症引起的脓毒血症以及合并糖尿病、心血管疾病、肾功能衰竭和肺功能不全等基础疾病患者的手术和麻醉相关并发症。在危重症患者中,PTGBD已被用作胆囊切除术的更安全替代者,而对于老年或重症AC患者,PTGBD可作为姑息性治疗,当患者病情好转时可安全的行胆囊切除术^[5]。

AC的治疗是一项复杂的多学科任务,必须考虑多项因素才能做出更好的治疗方案。根据东京指南2018的建议,应该考虑患者的年龄、一般状况、合并症、发病时间和胆囊炎的严重程度等。虽然PTGBD被推荐为一种可靠的引流方法,但对于因理解能力下降而有自行拔除PTGBD管风险的患者或因某种原因无法接受PTGBD的患者来说,仍然需要更好的方法来解决。随着引导穿刺器械的不断更新和多中心研究数据的积累,相信这一技术进一步突破,成为广泛无外科手术条件的急性胆囊炎患者的首选治疗方案。

References:

- [1]TG13 surgical management of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, 2013. 20(1): p. 89 - 96.
- [2]Seiki, K., et al., Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences, 2018(1): p. 25.
- [3]Radder RW, Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema. Journal of Diagnostic imaging, 1980. 49: p. 330-333.
- [4]Akhan O, A.D.O.M., Percutaneous cholecystostomy. Eur J Radiol, 2002. 43: p. 229 - 236.
- [5]Patterson EJ, M.R. and C. Mathieson JR, An alternative approach to acute cholecystitis. Percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic chole-cystectomy. Surg Endosc, 1996. 10: p. 1185 - 8.

基金项目:新疆维吾尔自治区自然科学基金项目(2022D01C107)