

• 短篇论著 •

经皮胆囊穿刺置管引流治疗老年急性胆囊炎并
多器官功能不全综合征

杨波 周文平 周小兵 李顺明 展得廷 程广明

急性胆囊炎,胆囊穿孔的危险在老年人可高达 40%~70%,而急诊手术死亡率达 14%~19%^[1]。本文总结沈阳军区总医院 2000 年 1 月至 2006 年 7 月间,应用 B 超引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术(percutaneous transhepatic gallbladder cholangial drainage,PTGCD)治疗的 35 例伴发多器官功能不全综合征(multiple organ dysfunction syndrome,MODS)的 70 岁以上重症急性胆囊炎患者的资料,报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 按 1991 年美国胸科医师学会(ACCP)和危重病医学会(SCCM)联席会议确定的全身炎症反应综合征和 MODS 诊断标准^[2]判定及作为入组依据。

1.2 一般资料 全组 35 例,男 25 例,女 10 例,年龄 70~88 岁(平均 77.3 岁)。同时伴有冠心病者 24 例,高血压者 13 例,糖尿病患者 17 例,严重心律失常 10 例,急性脑出血或脑梗死治疗期 7 例,肺心病者 5 例,急性下肢深静脉血栓者 3 例,腹部外伤术后 1 周内 3 例,胃癌、肺癌、肝癌及乳腺癌术后各 1 例。

1.3 超声波检查 术前胆囊大小:8.5~12cm×4.5~6cm,24 例合并胆囊结石,8 例合并有胆总管结石;胆囊及胆总管均无结石者 11 例。

1.4 治疗方法 患者仰卧位,超声定位,确定经肝脏进入胆囊位置、角度及深度。局部消毒铺无菌洞巾,局麻后在穿刺点切开皮肤 2~3mm,20ml 注射器针头试验性穿刺,进入皮下,小止血钳分离皮下组织后,选用 8~10 号一次性一步法经皮肝胆管穿刺引流术穿刺针(管),沿预先确定的方向及深度进针,抽出胆汁后,拔出少许针芯,软管再进入 1~2cm,缝合并且固定引流管。必要时可抽取胆汁行细菌培养及其药物敏感试验。

手术当日禁食水,注意观察血压、脉搏、体温等生命体征变化,以及腹部体征和胆汁引流量及其性质的变化情况。如

果胆汁黏稠混浊或有脓汁样物,可以甲硝唑液加庆大霉素液定期冲洗。

1.5 统计学分析 计量资料数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,显著性差异比较采用 *t* 检验。

2 结果

35 例患者均一次穿刺成功,引流 80~240ml 混浊胆汁,24h 内腹痛全部缓解,24~72h 内体温恢复正常;术前平均 WBC: $(13.4 \pm 2.2) \times 10^9/L$,术后第 3 天为: $(6.1 \pm 1.2) \times 10^9/L$,两者比较 $P < 0.01$ 。8 例黄疸患者术前平均总胆红素 $(84.5 \pm 21.2) \mu\text{mol/L}$,术后第 3 日: $(56.6 \pm 18.4) \mu\text{mol/L}$,两者比较 $P < 0.05$ 。7~10d 后行经引流管造影,无胆囊结石者,而后试验性夹闭引流管,再 3~5d 后无反应,可拔出引流管;有胆囊或胆道结石者,暂不拔出,择期行下一步手术治疗。35 例患者平均住院日 10~21d。有 5 例患者术后 5d 引流管脱落,因未再引发腹痛及发热等症状,故未进行特殊处理。随访结果:11 例非结石性胆囊炎患者拔管后即康复治愈;10 例患者在术后 1~2 个月内行胆囊切除术,其中 8 例患者为术前合并有胆总管结石者,2 例恶性肿瘤患者分别于术后 6 个月和 9 个月死亡,1 例心肌梗死患者术后 4 个月死亡,其余患者现均正常生存。

3 讨论

3.1 伴发 MODS 的高龄急性胆囊炎患者的特殊危险性 高龄老人急性胆囊炎一旦发生,病情凶猛危险,极易出现严重的脓毒症和感染性休克。文献报告手术死亡率高达 67%^[1],再伴发 MODS,如果进行手术,术前麻醉及手术创伤,势必明显加重创伤及原有的合并症,病死率将更高,而成为外科手术禁忌。

3.2 PTGCD 治疗的优越性 PTGCD 治疗只需要简单的局部麻醉就可以完成其操作,风险极小,对生理干扰小,创伤亦小,患者均能耐受治疗。而且穿刺治疗一旦成功,见效快,穿刺成功后即刻见到混有脓汁的胆汁流出,达到外引流的效果。

本组患者 24h 内腹痛均缓解,24~72h 内体温全部恢复正常。术后第 3 天和术前平均白细胞和平均总胆红素比较,均明显下降,有显著的统计学意义。特别是对非结石性急性

(下转第 434 页)

收稿日期:2006-10-08

作者单位:110015 沈阳市,沈阳军区总医院肝胆外科(杨波、周文平、李顺明、展得廷、程广明);110011 沈阳市,沈阳市沈河区人民医院外科(周小兵)

作者简介:杨波,男,1966 年 7 月生,黑龙江哈尔滨人,医学硕士,副主任医师。Tel: 024-81907588, E-mail: leafliush@sohu.com

(3)加强营养支持、胃肠道功能的保护和促进其恢复对患者康复起着关键作用。由于机械通气使患者过度消耗,加之不能正常进食,长期呈负氮平衡状态,为确保患者的营养供给,缩短带机时间并尽快顺利撤机,加强营养支持非常重要^[1];研究表明,营养不良、能量不足的机械通气患者只有 55% 患者可脱机,而获得合理营养支持的患者成功脱机达 93%^[2]。(4)脱机训练。我们采用了 SIMV 与压力支持通气 (pressure support ventilation) 方式及完全自主呼吸方式并用撤机,它可以使撤机过程更加平稳,尤其适合于撤机指标处于边缘状态的病例^[3]。另外,脱机训练阶段,我们也加强了对患者的心理治疗,心理治疗在这一阶段对患者的康复也起着关键的作用。(5)对于急性心肌梗死后频繁心绞痛的患者,我们及时给患者施行了 IABP 及 PTCA+支架植入术,通过解决主

要的病变血管,增加梗死相关血管的血流,不但缓解了心绞痛症状,而且挽救了存活心肌,对于改善患者的心功能起到了至关重要的作用。

参考文献

- [1] 杨柳. 机械通气病人的营养支持. 临床肺科杂志, 2007, 12:20-21.
- [2] 邹彬, 邓克勤, 叶军健. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭行机械通气患者营养支持疗效观察. 中国呼吸与危重监护杂志, 2003, 2:114-116.
- [3] Criner GJ, Tzouanakis A, kreimer DT. Overview of improving tolerance of long-term mechanical ventilation. Crit Care Clin, 1994, 10:845-866.

(上接第 431 页)

胆囊炎患者, PTGCD 治疗后, 疾病治愈康复。与手术治疗相比, 具有操作简单, 见效迅速, 恢复快的优势, 而且经济实用。3.3 PTGCD 可作为一种急救治疗方案之一 PTGCD 也是一种较好的过渡治疗方案之一, 文献^[3]报道, PTGCD 是治疗老年急性胆囊炎的安全、有效治疗方法。笔者应用 PTGCD 救治 35 例伴发 MODS 的高龄急性胆囊炎患者, 均一次穿刺成功, 顺利度过危险期, 10~21d 出院, 无一例围手术期死亡, 无一例出现术前的伴发疾病加重, 并发症发生率为 14.3%, 与文献报道相似, 表明 PTGCD 是一种急救治疗方案之一。

尽管本组有 10 例患者 (8 例并有胆总管结石) 在术后 1~2 个月内再行相应的手术治疗——腹腔镜胆囊切除术或

(及)胆道取石术, 但 PTGCD 仍然起了非常重要的过渡性治疗的作用, 表明 PTGCD 也是一种较好的过渡治疗方案之一。

参考文献

- [1] 刘得阳. 老年人危、急重症急性胆囊炎通向择其手术的桥梁. 中国普通外科杂志, 2002, 11:65.
- [2] Daivies MG, Hagen PO. Systemic inflammatory response syndrome. Br J Surg, 1997, 84:920-935.
- [3] 孙家邦, 康晔, 刘家峰, 等. 经皮经肝胆囊穿刺置管引流在老年急性胆囊炎病人中的应用. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5:44-46.

(上接第 432 页)

Castillon P. Epidemiology of heart failure. Rev Esp Cardiol, 2004, 57:163-170.

- [2] Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, et al. The epidemiology of heart failure; the Framingham study. J Am Coll Cardiol, 1993, 22 (Suppl A): 6A-13A.
- [3] Cowie MR, Wood DA. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. Eur Heart J, 1999, 20: 421-428.
- [4] Oyoo GO, Ogola EN. Clinical and socio-demographic as-

pects of congestive heart failure patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi. East Afr Med J, 1999, 76: 23-27.

- [5] 上海市心力衰竭调查协作组. 上海市 1980, 1990, 2000 年心力衰竭住院患者流行病学及治疗状况调查. 中华心血管病杂志, 2002, 30:24-27.
- [6] Jalal K, Heidi J, Kirkwood F, et al. Gender differences in advanced heart failure; insights from the BEST study. J Am Coll Cardiol, 2003, 42:2128-2134.