

## ·非血管介入 Non-vascular intervention·

## 经皮胆囊穿刺引流术在高危急性胆囊炎患者中的应用

乔德林, 周 兵, 陈石伟, 董江楠, 花迎雪, 陈 波

**【摘要】 目的** 探讨经皮胆囊穿刺引流术在高危急性胆囊炎患者中的治疗策略及临床疗效。方法 回顾 2006 年 1 月—2008 年 6 月 27 例高危急性胆囊炎患者进行的经皮胆囊穿刺引流术, 其中 21 例为结石性胆囊炎, 6 例为非结石性胆囊炎; 22 例行经皮经肝穿刺引流, 5 例经腹腔胆囊穿刺引流。引流管直径为 7 F; 引流管拔除前给予胆囊造影。结果 27 例患者成功完成手术, 技术成功率 100%。25 例患者术后引流通畅, 72 h 内腹痛症状减轻或消失, 体温及白细胞降至正常范围。1 例术后 72 h 腹痛缓解不明显, 行胆囊造影显示引流管不通, 给予通畅引流管后腹痛症状缓解。1 例术后出现腹痛加重, 行胆囊造影复查显示少量胆汁外漏, 给予加强抗感染治疗及对症治疗后好转。25 例于术后 6~7 周拔管, 其中 12 例接受了择期胆囊切除术, 7 例行经窦道结石取出术, 6 例非结石性胆囊炎患者未予手术治疗。2 例患者长期带管生存。结论 对于高危急性胆囊炎患者, 经皮胆囊穿刺引流术操作简单、安全, 疗效确切, 具有重要临床应用价值。

**【关键词】** 急性胆囊炎; 高危; 经皮胆囊穿刺引流; 胆囊造影

中图分类号: R657.41 文献标志码: A 文章编号: 1008-794X(2009)-06-0449-04

**Clinical application of percutaneous cholecystostomy in the treatment of high-risk patients with acute cholecystitis** QIAO De-lin, ZHOU Bing, CHEN Shi-wei, DONG Jiang-nan, HUA Ying-xue, CHEN Bo. Department of Radiology, Shanghai Gongli Hospital, Shanghai 200135, China

**【Abstract】 Objective** To discuss the therapeutic strategy and the clinical efficacy of percutaneous cholecystostomy in treating high-risk patients with acute cholecystitis. **Methods** During the period of Jan. 2006–June 2008, percutaneous cholecystostomy was performed in 27 high-risk patients with acute cholecystitis, consisting of lithic cholecystitis ( $n = 21$ ) and non-lithic cholecystitis ( $n = 6$ ). Of 27 patients, percutaneous cholecystostomy via transhepatic approach was performed in 22 and via transperitoneal approach in 5. The 7 F drainage catheter was used. Cholecystography was conducted before the drainage catheter was extracted. **Results** Percutaneous cholecystostomy was successfully accomplished in all 27 cases, with a technical success rate of 100%. Postoperative patency of gallbladder drainage was obtained in 25 patients, with the relieving or subsiding of abdominal pain and the restoring of temperature and leukocyte account to normal range within 72 hours. In one patient, as the abdominal pain relief was not obvious 72 hours after the procedure, cholecystography was employed and it revealed the obstruction of the drainage catheter. After re-opening of the drainage catheter, the abdominal pain was relieved. In another case, cholecystography was carried out because the abdominal pain became worse after the procedure, and minor bile leak was demonstrated. After powerful anti-infective and symptomatic medication, the abdominal pain was alleviated. The drainage catheter was extracted in 25 patients 6–7 weeks after the treatment. Of these 25 patients, 12 accepted selective cholecystectomy, 7 received percutaneous cholecystolithotomy and 6 with non-lithic cholecystitis did not get any additional surgery. The remaining two patients were living with long-term retention of the indwelling drainage-catheter. **Conclusion** Percutaneous cholecystostomy is a simple, safe and effective treatment for acute cholecystitis in high-risk patients. This technique is of great value in clinical practice. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 449-452)

**【Key words】** percutaneous cholecystostomy; acute cholecystitis; high risk; cholecystography

作者单位: 200135 上海 上海市公利医院介入科(乔德林、陈石伟、董江楠、花迎雪、陈 波); 上海交通大学附属第六人民医院介入影像科(周 兵)  
通信作者: 乔德林

急性胆囊炎是临床常见急腹症,好发于老年人,根据病因可分为结石性和非结石性胆囊炎,早期手术或腹腔镜切除胆囊是治疗急性胆囊炎的主要方法<sup>[1,2]</sup>。高危急性胆囊炎患者是指年龄大,病情重,合并严重糖尿病、呼吸系统疾病或心脑血管疾病的急性胆囊炎患者。对于高危急性胆囊炎患者实施急诊胆囊切除的病死率较高,可达 19%~30%<sup>[2,3]</sup>。经皮胆囊穿刺引流术作为一种急性期的姑息性治疗方法能迅速改善患者临床症状,降低急性期病死率,从而有择期手术机会,对于部分非结石性急性胆囊炎患者能够达到治愈目的。我科自 2006 年 1 月至 2008 年 6 月对 27 例高危急性胆囊炎患者进行了经皮胆囊穿刺引流术,取得良好疗效。

## 1 材料与方法

### 1.1 病例资料

2006 年 1 月至 2008 年 6 月共治疗 27 例高危急性胆囊炎患者,其中男 20 例,女 7 例,年龄 58~85 岁,平均 74 岁。26 例患者均以右上腹痛、发热入院,12 例伴有恶心、呕吐症状,6 例伴有不同程度的休克症状,4 例入院后出现意识障碍,1 例入院时即表现为意识障碍。体检示右上腹压痛 26 例,14 例伴有反跳痛,Murphy 征阳性 25 例,9 例可扪及肿大的胆囊。入院后实验室检查:12 例 ALT、AST 等肝功能指标升高,15 例直接胆红素和间接胆红素升高,24 例白细胞升高( $> 10 \times 10^9$ )。所有患者均急症行超声及 CT 检查,胆囊均明显增大,伴有胆结石 21 例,胆囊壁明显增厚呈“双边征”18 例,胆囊周围明显渗出 22 例,胆囊周围脓肿形成 5 例,胆囊周围可见气体 2 例。27 例中有糖尿病病史 11 例,冠心病病史者 8 例,脑梗死病史 7 例,高血压病史 20 例,伴有腹部手术史 5 例,1 例蛛网膜下腔出血,入院治疗 1 周后,病情稳定并发急性胆囊炎。

### 1.2 方法

1.2.1 术前准备 所有患者均为急症入院。入院后给予完善实验室检查,主要包括血常规、肝肾功能、电解质、血糖、凝血功能等。影像学检查首选 B 超,发现胆囊病变后再给予 CT 检查进一步明确诊断。细菌培养结果未获得时主要以第三代头孢菌素和甲硝唑为主,获得了细菌培养结果后再根据药敏试验选用抗菌药。所有患者均为普外科初诊,与我科共同会诊后取得治疗意见,并获得家属知情同意。

1.2.2 CT 引导下操作方法 早期 3 例患者在 CT (Lightspeed Plus, GE, 美国)引导下进行手术。患者

取仰卧位,选择胆囊横断面及胆囊与肝脏接触面最大的层面确定体表穿刺平面,并以此平面上与胆囊最近处为穿刺点并标记。根据 CT 测量穿刺距离和角度,用 18 G 穿刺针穿刺成功后,抽出 5~10 ml 胆汁,经穿刺针注入等量对比剂行经皮经肝胆囊造影术,明确胆囊位置和形态。引入超滑导丝,置入外引流管,重复造影证实引流管于胆囊内。体表固定外引流管后接引流袋引流。

1.2.3 DSA 引导下操作方法 后期 24 例在 DSA (Axiom Artis, Siemens, 德国)引导下手术。术前仔细回顾 CT 资料,透视下根据 CT 资料的定位图确定穿刺部位,一般位于腋前线至腋中线的 7~9 肋间——在经肝穿刺胆囊时是此位置,直接穿刺胆囊部位在右锁骨中线与右肋弓相交处。使用 22 G Chiba 针 (COOK 公司)穿刺胆囊成功后行胆囊造影,明确穿刺针位于胆囊内且穿刺位置理想,交换 4 F 软鞘,抽出部分胆汁后,引入超滑导丝并置入引流管。22 例患者行经皮经肝引流,5 例患者由于胆囊增大明显占据右前腹部,经皮经肝入路距离较远而行经皮腹腔入路穿刺引流。

1.2.4 术后处理及随访 术后将患者转入病房并进行监护,密切观察患者意识、腹部体征和引流情况。进行胆汁培养并根据药敏试验选取敏感抗菌药。使用含抗菌药盐水 10~20 ml 进行局部缓慢冲洗,切忌推注速度过快和容量过大。患者于 6~7 周拔管,拔管前行胆囊造影。术后随访主要通过门诊或电话进行,随访时间 1 年以上。

## 2 结果

### 2.1 手术情况

27 例患者均顺利完成手术,引流管顺利放置到位,技术成功率为 100%。3 例 CT 引导下进行的手术胆囊穿刺和引流管均一次置入成功,术中未出现出血等并发症。24 例 DSA 引导下治疗的患者中,18 例一次穿刺成功并放置引流管,6 例穿刺 2 次或以上。这 6 例患者中 4 例因为穿刺位置不满意而重新调整位置,2 例因为胆囊周围脓肿形成,误穿入脓腔而重新穿刺。这些患者术中未出现腹痛加重等胆汁漏等情况。

### 2.2 术后处理和病情观察

25 例患者术后引流通畅,腹痛、发热及恶心呕吐等症状于 72 h 内基本消失。1 例患者术后第 2 天出现引流不畅,引流出胆汁较少,给予抗生素生理盐水冲洗后效果仍不明显,DSA 下造影显示引流管

头端充盈缺损,考虑为胆泥或较小结石阻塞,给予导丝通畅引流管及重新调整位置后好转,患者于术后短期内临床症状好转。1 例术后第 2 天出现右上腹痛加重,DSA 下造影见少量对比剂进入胆囊窝周围,考虑有胆汁瘘,与外科会诊后考虑胆汁溢出较局限,未见明显腹腔内弥散,遂于加强抗感染治疗,密切关注生命体征,患者于 3 d 后症状逐渐好转。所有患者白细胞均于 1 周内降至正常范围。

### 2.3 随访

所有患者均于 2 周左右行 CT 检查,显示胆囊明显较术前缩小,胆囊壁轮廓变清楚,周围渗出减

少,5 例胆囊周围脓肿患者脓肿界限变清楚(图 1)。所有患者于 6 ~ 7 周拔管,平均拔管时间 45.5 d。拔管前均给予胆囊造影,胆囊形态正常,胆囊管及胆总管通畅。21 例结石性胆囊炎患者中,7 例患者拔管前 1 周行经窦道胆囊镜取石术,12 例患者在术后 2 ~ 3 个月择期行胆囊切除术,2 例由于有手术禁忌而未予手术处理,长期带管并定期随访。6 例非结石性胆囊炎患者拔管后未再出现胆囊炎复发,未予手术治疗。截至随访期内,4 例患者因其他疾病死亡,所有患者未出现与胆囊引流相关的并发症及急性胆囊炎复发。

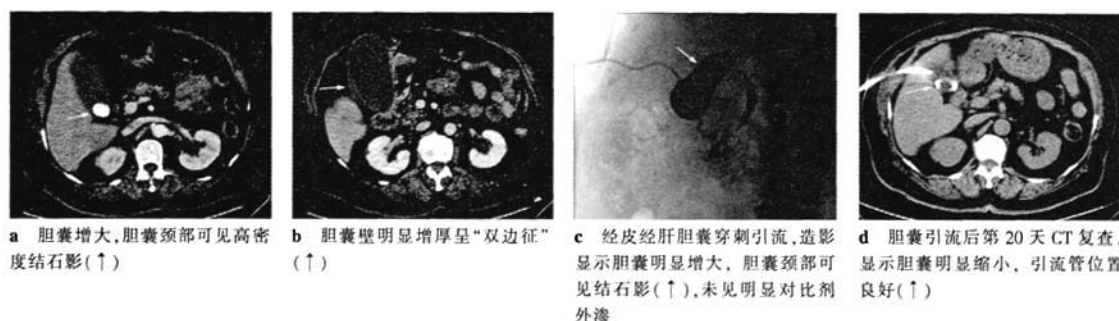


图 1 胆囊炎胆石症经皮穿刺引流

### 3 讨论

急性胆囊炎是老年人中常见的急腹症。老年患者由于合并有糖尿病,使其对感染的抵抗力大大降低。老年急性胆囊炎患者起病急,炎症进展迅速,病情变化快。由于老年患者机体反应能力差,部分症状明显时已到感染性休克阶段。早期(主要指起病 72 h 以内)手术或腹腔镜切除胆囊是治疗急性胆囊炎的有效方案<sup>[4,5]</sup>,但对于合并有上述疾病的高危急性胆囊炎患者,急性期进行手术治疗的风险极大,据报道病死率可高达 19% ~ 30%<sup>[2,3]</sup>。但如果能渡过急性期,进行择期胆囊切除,其病死率会大大降低。

自从 Radder<sup>[6]</sup>报道第 1 例超声引导下经皮胆囊穿刺引流术以来,已有多项研究肯定了这一技术治疗急性胆囊炎的疗效。Borzellino 等<sup>[7]</sup>报道一组 70 岁以上老年急性胆囊炎患者,共 84 例,其中 83 例手术成功并显示出良好临床疗效,70 例择期行胆囊切除术,未出现死亡患者。Kim 等<sup>[8]</sup>报道对 26 例结石性急性胆囊炎患者进行胆囊引流术,而后通过窦道使用胆囊镜分 1 ~ 4 次将结石取出。众多学者也肯定了经皮胆囊穿刺引流术在老年高危急性胆囊炎患者中的应用价值<sup>[9-12]</sup>。本组 27 例患者均成功置入引流管,25 例临床症状迅速缓解,其技术成功率

和临床有效率与文献报道一致。

早期报道经皮胆囊穿刺引流术多在超声引导下进行,近年来,在 CT 及 DSA 引导下进行此项技术的报道逐渐增多。超声引导下进行穿刺引流具有操作简单、实时引导、无辐射损伤、可在患者床边进行等优点,但对于部分肥胖患者及胃肠道积气严重、间位结肠及胆囊周围渗出严重、积液的患者,往往胆囊显示欠佳。CT 扫描图像清楚、定位准确、受胃肠道气体影响小,因此技术成功率较高。但其操作相对复杂、有一定的辐射是其不足之处。相比之下,DSA 引导具有操作简单、实时引导且能进行胆囊造影观察,还可较方便的调整引流管位置,且 DSA 引导下一般先用 22 G 的 Chiba 针穿刺,可以多次穿刺且损伤极小。DSA 的缺点是必须在导管室操作,且有一定辐射。我们认为对于条件允许的患者,尽量在 DSA 下进行操作,这样引流管的放置较理想而提高疗效,并能通过胆囊造影发现有无胆囊穿孔等并发症。对于病情危重,不能搬动的患者,可在床边超声引导下进行。而穿刺困难、对定位要求高的患者可在 CT 引导下进行。

胆汁瘘是经皮胆囊穿刺引流术相对常见且严重的并发症,常发生于胆囊管拔除后和多次穿刺的患者。Picus 等<sup>[13]</sup>报道对 58 例结石性胆囊炎患者行胆

囊引流术,其中 56 例成功通过引流道进行了取石手术,引流管拔除后有 4 例发生胆汁瘘,进行了手术和再次引流治疗。鉴于以上情况,建议在引流管拔除前应给予胆囊及窦道造影。Wise 等<sup>[14]</sup>报道的 66 例胆囊引流患者中,2 例引流管脱出面有明显胆汁瘘(需手术或再次引流治疗),2 例有轻度胆汁瘘(有一过性腹痛加重但保守治疗后好转)。本组仅有 1 例胆汁漏患者,归结其原因可能因我们使用的引流管直径较细,仅对 7 例患者进行了取石,而本组使用 22 G 穿刺针,对胆囊壁损伤较小。对胆汁瘘的预防,我们认为应注意以下方面:①引流时间要足够长,至少 6 周以上。引流通道发育成熟为窦道常需 20 d 或更长<sup>[15,16]</sup>;对于老年糖尿病患者,拔管时间要相对延长。②术后牢固固定引流管,护理中应注意避免引流管脱出,引流管脱出者的胆汁瘘发生率明显升高。③尽量使用经皮经肝入路引流。④尽量使用较细的穿刺针进行穿刺。使用 22 G 的 Chiba 针穿刺对胆囊壁和肝的损伤都较小,如果对穿刺部位不满意还可以重新穿刺。

对于结石性胆囊炎,多数学者认为引流后仍需经窦道胆囊镜取石或手术切除胆囊以防止胆囊炎复发。而非结石性胆囊炎,其发病机制主要是由于胃肠道手术后迷走神经切断、胆囊收缩素分泌减少、老年糖尿病患者组织低灌注导致胆囊壁缺血及胆汁淤积所致,没有机械性梗阻因素,经胆囊引流术后复发率低,因此部分学者认为无需再次手术治疗。

总之,经皮胆囊引流术能迅速解除梗阻,缓解临床症状,并且操作简单、安全,在治疗高危急性胆囊炎患者中具有重要的应用价值,值得临床大力推广。

#### [参考文献]

- [1] Houghton PW, Jenkinson LR, Donaldson LA. Cholecystectomy in the elderly: a prospective study [J]. Br J Surg, 1985, 72: 220 - 222.
- [2] Edlund G, Ljungdahl M. Acute cholecystitis in the elderly [J]. Am J Surg, 1990, 159: 414 - 416.
- [3] Frazee RC, Nagorney D, Mucha P. Acute acalculous cholecystitis [J]. Mayo Clin Proc, 1989, 64: 163 - 167.
- [4] Kirshtein B, Bayme M, Bolotin A, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: is it safe [J]? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2008, 18: 334 - 349.
- [5] Do Amaral PC, Azaro Filho Ede M, Galvão TD, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients [J]. JSLS, 2006, 10: 479 - 483.
- [6] Radder RW. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema [J]. Diagn Imaging, 1980, 49: 330 - 333.
- [7] Borzellino G, Manzoni G, Ricci F, et al. Emergency cholecystostomy and subsequent cholecystectomy for acute gallstone cholecystitis in the elderly [J]. Br J Surg, 1999, 86: 1521 - 1525.
- [8] Kim HJ, Lee SK, Kim MH, et al. Safety and usefulness of percutaneous transhepatic cholecystoscopy examination in high-risk surgical patients with acute cholecystitis [J]. Gastrointest Endosc, 2000, 52: 645 - 649.
- [9] Griniatsos J, Petrou A, Pappas P, et al. Percutaneous cholecystostomy without interval cholecystectomy as definitive treatment of acute cholecystitis in elderly and critically ill patients [J]. South Med J, 2008, 101: 586 - 590.
- [10] Macri A, Scuderi G, Saladino E, et al. Acute gallstone cholecystitis in the elderly: treatment with emergency ultrasonographic percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic cholecystectomy [J]. Surg Endosc, 2006, 20: 88 - 91.
- [11] 张德辉, 纪东华, 王 峰, 等. 急性重症胆囊炎的介入治疗 [J]. 介入放射学杂志, 2006, 15: 418 - 420.
- [12] 李晓光, 金征宇, 杨 宁, 等. CT 引导下经皮胆囊造瘘治疗急性非结石性胆囊炎 [J]. 中国急救医学, 2008, 28: 837 - 839.
- [13] Picus D, Hicks ME, Darcy MD, et al. Percutaneous cholecystolithotomy: analysis of results and complications in 58 consecutive patients [J]. Radiology, 1992, 183: 779 - 784.
- [14] Wise JN, Gervais DA, Akman A, et al. Percutaneous cholecystostomy catheter removal and incidence of clinically significant bile leaks: a clinical approach to catheter management [J]. AJR, 2005, 184: 1647 - 1651.
- [15] D'Agostino HB, van Sonnenberg E, Sanchez RB, et al. Imaging of the percutaneous cholecystostomy tract: observations and utility [J]. Radiology, 1991, 181: 675 - 678.
- [16] Hatjidakis AA, Karampekios S, Prassopoulos P. Maturation of the tract after percutaneous cholecystostomy with regard to access route [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 1998, 21: 36 - 40.

(收稿日期:2009-03-12)

作者: 乔德林, 周兵, 陈石伟, 董江楠, 花迎雪, 陈波, QIAO De-lin, ZHOU Bing, CHEN Shi-wei, DONG Jiang-nan, HUA Ying-xue, CHEN Bo  
作者单位: 乔德林, 陈石伟, 董江楠, 花迎雪, 陈波, QIAO De-lin, CHEN Shi-wei, DONG Jiang-nan, HUA Ying-xue, CHEN Bo(上海上海市公利医院介入科, 200135), 周兵, ZHOU Bing(上海交通大学附属第六人民医院介入影像科)  
刊名: 介入放射学杂志 **ISTIC PKU**  
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY  
年, 卷(期): 2009, 18(6)  
被引用次数: 0次

## 参考文献(16条)

1. Houghton PW, Jenkinson LR, Donaldson LA Cholecystectomy in the elderly: a prospective study 1985
2. Edlund G, Ljugdahl M Acute cholecystitis in the elderly 1990
3. Frazee RC, Nagorney D, Mucha P Acute acalculous' cholecystitis 1989
4. Kirshtein B, Bayme M, Bolotin A Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: is it safe 2008
5. Do Amaral PC, Azaro Filho Ede M, Galvao TD Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients 2006
6. Radder RW Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema 1980
7. Borzellino G, Manzoni G, Ricci F Emergency cholecystostomy and subsequent cholecystectomy for acute gallstone cholecystitis in the elderly 1999
8. Kim HJ, Lee SK, IGm MH Safety and usefulness of percutaneous transhepatic cholecystoscopy examination in high risk surgical patients with acute cholecystitis 2000
9. Griniatsos J, Petrou A, Pappas P Percutaneous cholecystostomy without interval cholecystectomy as definitive treatment of acute cholecystitis in elderly and critically ill patients 2008
10. Macn A, Scuderi G, Saladino E Acute gallstone cholecystitis in the elderly: treatment with emergency ultrasonographic percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic cholecystectomy 2006
11. 张德辉, 纪东华, 王峰 急性重症胆囊炎的介入治疗[期刊论文]-介入放射学杂志 2006
12. 李晓光, 金征宇, 杨宁 CT引导下经皮胆囊造瘘治疗急性非结石性胆囊炎[期刊论文]-中国急救医学 2008
13. Picus D, Hicks ME, Darcy MD Percutaneous cholecystolithotomy: analysis of results and complications in 58 consecutive patients 1992
14. Wise JN, Gervais DA, Akman A Percutaneous cholecystostomy catheter removal and incidence of clinically significant bile leaks: a clinical approach to catheter management 2005
15. D'Agostino HB, van Sonnenberg E, Sanchez RB Imaging of the percutaneous cholecystostomy tract: observations and utility 1991
16. Hatjidakis AA, Karampekios S, Prassopoulos P Maturation of the tract after percutaneous cholecystostomy with regard to access route 1998

## 相似文献(10条)

1. 期刊论文 李雪岩, 刘巍立, 崔凤奎, LI Xue-yan, LIU Wei-li, CUI Feng-kui 经皮经肝胆囊穿刺引流治疗高龄高危急性胆囊炎临床分析 -黑龙江医学 2008, 32(10)

目的 探讨高龄、高危急性胆囊炎患者,给予经皮经肝胆囊穿刺引流(percutaneous transhepatic gallbladder drainage,PTGD)的治疗价值.方法 在B超引导下,对38例高龄、高危急性胆囊炎实行PTGD治疗.结果 所有患者均在穿刺引流术后24~48 h内腹痛缓解,体温降至正常.术后10~12 d经引流管行胆管造影,对胆管通畅的病人于术后12~16 d拔管出院.未出现穿刺相关的并发症.其中23例于病情稳定后3~6个月行择期胆囊切除术.结论 PTGD治疗高龄、高危急性胆囊炎,可以迅速缓解症状、控制感染,避免急诊手术引起的手术并发症,是一项安全、有效、简便的方法,值得推广.

## 2. 期刊论文 田伏洲,石力,蔡忠红,李旭,向珂 PTGD在高龄高危急性胆囊炎中的应用 -中国实用外科杂志2003, 23(6)

目的 总结B超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流(PTGD)对高龄高危急性胆囊炎病人的治疗经验.方法 回顾性分析1990年1月至2001年12月期间接受PTGD治疗的113例高龄高危急性胆囊炎病人的临床资料.结果 113例均穿刺置管成功,12例因引流管脱落或堵塞而再次行PTGD.110例(97.3%)获得有效的胆囊引流,108例(95.6%)治愈.91例于急性胆囊炎治愈后2周至3个月行择期胆囊切除术,3例行胆囊的“化学性切除”.1例发生胆囊出血,2例出现胆汁性腹膜炎.全组无一例因急性胆囊炎及相关的治疗而死亡.3例行胆囊化学性切除者随访分别达1.5、2及3年,病人无症状出现,并且B超证实胆囊腔完全闭锁.结论 PTGD是治疗高龄高危急性胆囊炎病人的一项安全、简便、有效的方法.

## 3. 期刊论文 徐菁,张节,瞿建国 经皮经肝胆囊穿刺引流治疗高龄高危急性胆囊炎 -肝胆胰外科杂志2009, 21(4)

目的 总结B超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流(PTGD)对高龄高危急性胆囊炎患者的治疗经验.方法 回顾性分析2000年1月~2008年12月接受PTGD治疗的68例高龄高危急性胆囊炎患者的临床资料.结果 68例均穿刺置管成功,全部获得有效的胆囊引流,无气胸、出血及胆漏等并发症,无死亡病例,59例合并胆囊结石患者于3个月后择期行腹腔镜胆囊切除术.结论 PTGD是治疗高龄高危急性胆囊炎的一种安全、微创、有效的方法,避免因紧急手术引起的手术并发症,值得推广.

## 4. 期刊论文 黄建,谢伟,孙安仁,杨德中,张雷, HUANG Jian, XIE Wei, SUN An-ren, YANG Dei-hong, ZHANG Lei 经皮胆囊穿刺造瘘处理高危急性胆囊炎53例分析 -第三军医大学学报2007, 29(13)

目的 评价B超引导下经皮胆囊穿刺造瘘(percutaneous cholecystostomy,PC)处理高危急性胆囊炎患者的有效性和治疗经验.方法 回顾性分析1999年1月至2005年8月接受PC治疗的53例高危急性胆囊炎患者的临床资料.结果 53例均穿刺置管成功,4例因引流管脱落或堵塞而再次行PC.52例(98.1%)获得有效的胆囊引流,1例患者(1.9%)术后病情转坏,术后1 d行了紧急胆囊切除术.41例于急性胆囊炎治愈后2周至3个月行择期胆囊切除术,全组无1例因经皮胆囊穿刺引流术引起的并发症死亡.随访分别达6个月至3年.结论 经皮胆囊穿刺造瘘术是治疗高危急性胆囊炎患者的一项安全、简便、有效的方法.它有较高的成功率和较低的并发症.

## 5. 期刊论文 康金科,高春江 B超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流治疗高海拔地区高龄高危急性胆囊炎的应用 -临床肝胆病杂志2008, 24(4)

目的 总结B超引导下经皮经肝胆囊穿刺引流(PTCD)在高海拔地区高龄高危急性胆囊炎患者的治疗经验.方法 分析接受经皮经肝胆囊穿刺引流治疗的50例高龄高危急性胆囊炎患者的临床资料.结果 50例均穿刺置管成功.45例(90%)均获得有效胆囊减压引流.42例(84%)治愈.3例发生胆囊出血,1例发生胆汁性腹膜炎,1例发生穿刺窦道及腹腔感染.全组无一例因急性胆囊炎及相关的治疗死亡.结论 经皮经肝胆囊穿刺引流是治疗高海拔地区高龄高危急性胆囊炎患者的一项安全、简便、有效的方法.

## 6. 期刊论文 周冰 PTGD治疗高龄高危急性胆囊炎62例分析 -职业与健康2006, 22(16)

目的 探讨高龄高危状态下超声引导下经皮经肝胆囊引流术(PTGD)的技术要点及治疗经验.方法 回顾性分析1994年1月~2004年12月期间接受PTGD治疗的62例高龄高危急性胆囊炎病人的临床资料.结果 62例均穿刺置管成功.60例(96.7%)获得有效的胆囊引流.47例于急性胆囊炎治愈后2周~3个月行择期胆囊切除术.1例发生胆囊出血,1例出现胆汁性腹膜炎,在相应治疗过程中因并发症恶化而死亡.结论PTGD可迅速解除高龄高危患者急性胆囊炎引起的危急症状,避免因紧急手术引起的手术并发症,充分发挥了超声微创技术创伤少、方便灵活、准确安全的优势,效果突出、值得推广.

## 7. 期刊论文 崔伟珍,甄作均,陈焕伟,谢守松,徐庆华,王军华 高龄病人超声引导下经皮经肝胆囊引流术的应用及临床价值 -岭南现代临床外科2004, 4(2)

目的 探讨高龄高危状态下超声引导下经皮经肝胆囊引流术(percutaneous transhepatic gallbladder drainage,PTGD)的技术要点及治疗经验.方法 超声引导下对13例高龄高危、合并其它重要器官疾病的急性胆囊炎患者施行PTGD术进行回顾性分析.结果除1例造瘘失败外,其余患者均成功置管、术后症状缓解、治愈出院.其中9例患者于12h内症状明显缓解.结论 PTGD可迅速解除高龄高危患者急性胆囊炎引起的危急症状,避免因紧急手术引起的手术并发症,充分发挥了超声微创技术创伤少、方便灵活、准确安全的优势;明显降低死亡率、效果突出、值得推广.

## 8. 期刊论文 王一飞,殷保兵,陈进宏,马保金,蔡端, WANG Yi-fei, YIN Bao-bing, CHEN Yin-hong, MA Bao-jin, CAI Duan 经皮肝胆囊抽吸术在高危老年人急性胆囊炎中的应用 -老年医学与保健2008, 14(5)

目的 比较经皮肝胆囊抽吸术和开腹胆囊切除、胆囊造瘘术在高危老年人急性胆囊炎中的疗效.方法 收集47例高危老年急性胆囊炎患者(APACHE $\geq$ 12),20例行经皮肝胆囊抽吸术,27例行开腹胆囊切除或胆囊造瘘术.结果 20例患者成功行经皮肝胆囊抽吸术,1例导管滑脱,1例出现轻度胆漏,其余症状缓解后择期行胆囊切除术,无严重并发症;开腹手术患者中9例出现并发症.结论 经皮肝胆囊抽吸术是一种安全、有效地把急诊胆囊术变成择期胆囊手术的方法.

## 9. 期刊论文 严浩然,浦洵,韦建宝 老年性急性胆囊炎外科治疗体会 -右江医学2005, 33(1)

急性胆囊炎(Acute cholecystitis)系由细菌、结石和化学刺激等引起的急性胆囊炎症疾病.而老年急性胆囊炎患者因常伴有心血管疾病、代谢性疾病,机体抵抗力低,临床症状不典型,病情发展迅速,并发症和病死率较高,属高危病人[1].我科于1996~2002年共收治此类病人58例,经过积极的支持治疗,选择适当的手术时机和手术方式进行治疗,结果取得较好的效果.现报道如下.

## 10. 期刊论文 李金明,张凌武,温济民,刘琛,王建锋,邹卫,廖伟敏,陈耀智,韩世星, LI Jing-ming, ZHANG Ling-wu,

## WEN Ji-min, LIU Cheng, WANG Jian-feng, ZOU Wei, LIAO Wei-min, CHEN Yao-zhi, HAN Shi-xing 高龄高危难度腹腔镜胆囊切除术 -中国内镜杂志2006, 12(1)

目的 探讨高龄高危难度腹腔镜胆囊切除(LC)主要并存病、并发症、手术时机、适应证及方法.方法 回顾性分析1994年~2004年12月实施503例LC的高龄高危高危难度手术患者主要并存病、并发症、手术难度、围手术期处理等对其预后的影响.结果该组伴有糖尿病83例(16.50%),肺心病79例(15.71%),肝硬化69例(13.72%),冠心病206例(40.95%).该组严重并发症发生率2.98%(15/503),死亡率0.80%(4/503),中转开腹率1.39%(7/503),治愈率99.20%.结论高龄高危胆囊炎患者并存病、并发症发生率高,尤其是急性胆囊炎发生率更高,并存病、并发症、手术难度大是引起死亡的高危因素.完善的围手术期处理,积极治疗并存病、并发症,严格把握手术时机、适应证,熟练的操作技能,恰当的手术方式是治疗成功的关键.

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200906014.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200906014.aspx)

授权使用: 中国科学技术大学(zgkx.jsdx), 授权号: 0320359f-7054-4dd3-b6a4-9df6017a0135

下载时间: 2010年9月19日