

·非血管介入 Non vascular intervention·

急性重症胆囊炎的介入治疗

张德辉, 纪东华, 王 峰, 王凝芳, 刘永晟

【摘要】 目的 评价利用经皮胆囊造口术治疗急性重症胆囊炎的临床疗效。**方法** 97 例急性重症胆囊炎患者接受超声及 DSA 结合引导下的经皮胆囊造口术,并于术中置管引流。**结果** 所有 97 例患者均一次置管成功,无任何并发症。93 例(96%)患者临床体征如右上腹疼痛、发热在 72 h 内缓解;同时,血常规中的 WBC 及中性粒细胞均于 72 h 内降至正常范围。4 例患者由于肝总管内结石合并胆管炎临床症状缓解不明显而于第 2 天行经皮肝穿胆管引流术,术后临床症状于 72 h 内亦缓解。**结论** 经皮经肝胆囊穿刺置管引流术是治疗急性重症胆囊炎安全有效的方法。

【关键词】 急性重症胆囊炎;经皮胆囊造口术

中图分类号:R576,R657.51 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)-07-0418-03

Percutaneous cholecystostomy for the treatment of acute severe cholecystitis ZHANG De-hui, JI Dong-hua, WANG Feng, WANG Ning-fang, LIU Yong-cheng. Department of Interventional Treatment, the First Affiliated Hospital, Dalian Medical University, Dalian 116011, China

【Abstract】 Objective To evaluate the clinical efficacy and outcomes of percutaneous cholecystostomy for acute severe cholecystitis. **Methods** 97 critically ill patients with acute cholecystitis underwent emergency percutaneous cholecystostomy under guidance of US and DSA. **Results** All patients underwent percutaneous cholecystostomy with technical success without major periprocedural complications. 93 (96%) patients responded well clinically showing disappearance of right upper abdomen pain and fevers within 72hr. 4 patients complicated with common bile duct stones were underwent PTCD one day after the procedure because of no response clinically. After PTCD, all 4 patients attained clinical symptom relief within 72hr. **Conclusions** Percutaneous cholecystostomy is a safe and effective treatment adaptable for critically ill patients with acute cholecystitis. (J Intervent Radiol, 2006, 15: 418-420)

【Key words】 Acute cholecystitis;Percutaneous cholecystostomy

急性化脓性胆囊炎是外科常见的急腹症之一。临床上此类患者首选治疗应为外科开腹或腹腔镜手术,但对于部分高龄和伴有麻醉或手术相对禁忌的高危患者外科手术并发症和病死率较高^[1-11]。临床工作中,此类合并一些高危因素的急性化脓性胆囊炎常被称为急性重症胆囊炎。随着微创治疗学的发展,经皮胆囊造口术(percutaneous cholecystostomy,PC)及置管引流术的临床应用,使得大部分急性重症胆囊炎患者得以有效的救治。现将我院近 3 年来资料完整的 97 例行 PC 及置管引流术的急性重症胆囊炎患者情况报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

我院 2002 年 9 月至 2005 年 8 月期间外科收治的 97 例急性重症胆囊炎患者,男 38 例,女 59 例,年龄 38 ~ 92 岁,平均 69 岁。97 例患者中伴有心功能不全者 17 例,陈旧性心肌梗死 23 例,心律失常 11 例,脑血管病后遗症 17 例,糖尿病血糖控制不佳 15 例,肝性脑病前驱期 4 例,胰腺炎 4 例,电解质紊乱酸碱失衡 6 例。97 例患者中有 4 例由于合并胆总管结石而致重症胆管炎。

1.2 方法

所有患者均表现为右上腹部局限性腹膜炎,临床查体可触及明显增大和触痛的胆囊,肝脏叩痛明显,墨菲征阳性。同时上腹部 CT 均提示胆囊增大并且胆囊周边有明显的渗出表现(图 1),同时血常规中白细胞及中性粒细胞显著增高亦提示重度感染。

作者单位:116011 大连医科大学附属第一医院介入治疗科(张德辉 现在辽宁盘锦市第二人民医院放射科)

通讯作者:纪东华

所有患者均在系统地应用第三代头孢菌素抗炎治疗后临床症状缓解不明显,故于急诊行 PC 及置管引流术。

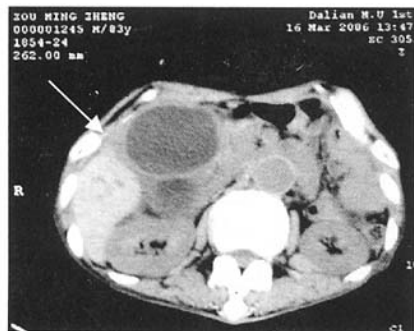


图 1 腹部 CT,可见胆囊明显增大,周边渗出明显(箭头所指)

所有患者均取仰卧位,先结合 CT 影像利用超声来确定穿刺途径,原则为选择近胆囊窝且可经过一段正常肝组织的层面。超声定位穿刺平面后,于体表标记穿刺点。常规消毒铺单,穿刺点局部麻醉生效后,以 20 ~ 22 G 的 Chiba 针穿刺入肝内。根据术前的 CT 资料估计进针深度,待 Chiba 针到预定深度后,退出针芯,边退针边以注射器负压回抽,在回抽有胆汁后,注入造影剂,证实为胆囊(术中穿刺入胆囊时,往往会有减压感)。Chiba 针在胆囊内后,一般回抽出 10 ~ 20 ml 胆汁,再予 10 ml 左右对比剂注入显示胆囊情况。沿 Chiba 针的针芯送入 0.018 英寸导丝于胆囊内,沿导丝送入 5F 外鞘管于胆囊内,再回抽胆汁,造影证实于胆囊内后,送入 0.038 英寸超滑泥鳅导丝(Terumo 公司)入胆囊,沿导丝再送入 8 F 的胆道外引流管(Boston scientific 公司),使之沿胆囊壁盘曲,同时要使引流管头端不要顶在胆囊壁(尤其是胆囊内侧壁),拔除导丝,再造影明确引流管的位置(图 2),缝合固定引流管,接引流

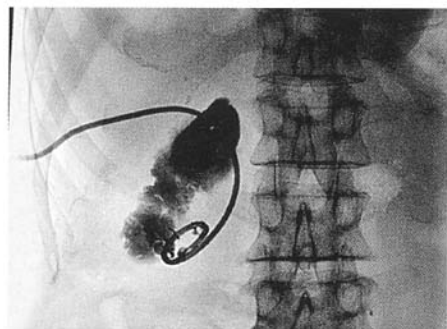


图 2 所示为经皮胆囊造口术及引流术后引流管于胆囊内的情况

袋。胆汁送细菌培养。

术后仍静脉给予第三代头孢菌素抗炎及利胆、营养支持、对症治疗,逐日观察引流胆汁的性状、流量,同时还要观察右上腹局限性腹膜炎的缓解程度及感染的缓解程度(包括发热、白细胞计数、中性粒细胞比例)。

2 结果

所有 97 例患者均 1 次置管成功,93 例(96%)患者临床体征如右上腹局限性腹膜炎、发热于 48 ~ 72 h 内明显减轻,引流后 2 ~ 10 d 症状完全消失,体温恢复正常,白细胞计数及中性粒细胞均降至正常。4 例患者由于肝总管内结石合并急性重症胆管炎而临床症状缓解不明显,故于第 2 天行经皮肝穿胆管引流术,术后 4 例患者的临床症状亦于 72 h 内缓解。29 例胆囊内泥沙样结石的患者经引流后大部分结石排除,4 周后行 CT 复查显示胆囊缩小,无明显结石迹象,胆总管内无结石、胆总管无扩张,再经引流管造影显示胆囊缩小、胆囊管通畅、胆总管显影良好后拔管。18 例非结石性胆囊炎患者于引流术后症状缓解后闭管 1 ~ 2 周后无不适症状,再经引流管造影显示无胆囊管梗阻后拔管。50 例结石性(非泥沙样)胆囊炎患者,43 例患者择期行胆囊切除术或胆总管切开取石术;7 例患者由于心肺功能较差无法接受手术长期置管,其中 3 例患者由于心功能衰竭而死亡,另外 4 例患者在随访期内(5 ~ 9 个月)无任何临床症状。

3 讨论

急性化脓性胆囊炎根本病因是胆囊管梗阻导致胆囊内胆汁淤积,细菌大量繁殖,黏膜充血水肿,如梗阻不能及时解除,炎症不能较好控制,病变波及胆囊壁全层,导致囊壁增厚、血管扩张、浆膜渗出极易造成胆囊坏死、穿孔,尤其是老年患者,可发生严重并发症,病死率高。解决梗阻,处理胆囊内胆汁淤积是治疗的关键。

急性化脓性胆囊炎时胆囊管梗阻,胆囊增大,在超声下定位可较好的选择穿刺入路,有学者完全于超声引导下经皮胆囊造口术,并于 DSA 引导下穿刺,穿刺成功率高,可同时行胆囊造影,了解胆囊内病变情况。经对症治疗后,胆囊管梗阻解除,胆囊黏膜水肿消退,并可经外引流管排除细小泥沙样结石。复查造影可了解肝内外胆管、胆总管、胆囊情况,为二期胆囊切除术提供指导^[1,2,6]。

急性重症胆囊炎开腹手术病死率为 6% ~ 20%^[1,5], 原因多与手术后应激性反应及原有器官功能低下有密切关系, 还有严重的渗出使得相关脏器粘连较重, 术中创伤较大^[1,5,10]。DSA 引导下经皮胆囊造口术及引流术亦是处理重症患者的微创方法。该方法避免了麻醉、开腹手术的损伤, 年老体弱和危重患者可以耐受。该方法通过引流使得淤积的胆汁排出体外进而使许多急性重症胆囊炎的临床中毒症状得以缓解, 同时可以使得胆囊的渗出减少, 腹膜炎亦会缓解。治疗后 96% 的患者临床症状于 48 ~ 72 h 内缓解。经皮胆囊造口术及引流术后, 65% (63/97) 的患者经过系统治疗后症状平稳 3 个月后进行手术治疗治愈。该方法在临床中虽不能根治梗阻性胆囊炎, 但大部分患者在经皮胆囊造口术后, 临床症状得到缓解, 经系统治疗后达到择期手术条件, 再行胆囊切除术, 减少了并发症, 降低病死率。同时, 采用经皮胆囊造口术及引流术, 约 27.8% (27/97) 的患者亦能在经过系统治疗后, 可以不经手术而拔除引流管达到临床治愈。所以, 我们认为 DSA 导引下经皮胆囊造口术及引流术适用于急性胆囊炎危重患者或年老体弱或合并有心、肝、肾等脏器疾病, 也适合经非手术治疗未见好转, 并且不能耐受麻醉与外科手术的患者, 是治疗急性重症胆囊炎安全有效的方法。

[参 考 文 献]

[1] Li JCM, Lee DWH, Lai CW, et al. Percutaneous cholecystostomy for the treatment of acute cholecystitis in the critically

ill and elderly[J]. Hong Kong Med J, 2004, 10: 389 - 393.

- [2] Sosna J, Jonathan B, Kruskal LC, et al. US-guided percutaneous cholecystostomy: features predicting culture-positive bile and clinical outcome[J]. Radiology, 2004, 230: 785 - 791.
- [3] Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S, et al. Acute cholecystitis in the elderly [J]. Hepatogastroenterology, 2005, 52: 999 - 1004.
- [4] Teoh WM, Cade RJ, Banting SW, et al. Percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis [J]. ANZ J Surg, 2005, 75: 396 - 398.
- [5] Tazawa J, Sanada K, Sakai Y, et al. Gallbladder aspiration for acute cholecystitis in average-surgical-risk patients[J]. Int J Clin Pract, 2005, 59: 21 - 24.
- [6] Ito K, Fujita N, Noda Y, et al. Percutaneous cholecystostomy versus gallbladder aspiration for acute cholecystitis: a prospective randomized controlled trial[J]. AJR, 2004, 183: 193 - 196.
- [7] Hui CK, Lai KC, Wong WM, et al. A randomised controlled trial of endoscopic sphincterotomy in acute cholangitis without common bile duct stones[J]. Gut, 2002, 51: 245 - 247.
- [8] Akhan O, Akinci D, Ozmen MN, et al. Percutaneous cholecystostomy[J]. Eur J Radiol, 2002, 43: 229 - 236.
- [9] Hatzidakis AA, Prassopoulos P, Petinarakis I, et al. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment [J]. Eur Radiol, 2002, 12: 1778 - 1784.
- [10] Chopra S, Dodd III DD, Amy L, et al. Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk: Comparison of clinical outcomes after gallbladder aspiration and after percutaneous cholecystostomy[J]. AJR, 2001, 176: 1025 - 1031.
- [11] Bortoff GA, Chen MYM, Ott DF, et al. Gallbladder stones: Imaging and intervention[J]. Radiographics, 2000, 20: 751 - 766.

(收稿日期: 2006-02-17)