

PTGD 联合二期 LC 治疗高龄急性重症结石性 胆囊炎的临床研究

马荣强¹ 陈玲玲² 于海鹏¹ 史永腾¹ 杨扬¹

1. 青岛大学医疗集团附属青州医院 青州市人民医院普外一科 山东青州 262500

2. 山东省潍坊市益都中心医院 山东潍坊 262500

摘要:目的 分析 PTGD 联合二期 LC 治疗高龄急性重症结石性胆囊炎的疗效和手术时机的选择。方法 选取我院 2018 年 3 月~2020 年 12 月期间收治的 62 例高龄急性重症结石性胆囊炎患者,均接受 PTGD 联合二期 LC 手术,根据序贯 LC 时机不同分为早期序贯 LC 组(n=32)和延期序贯 LC 组(n=30),早期序贯 LC 组为 PTGD 后一周内行 LC 术,延期序贯 LC 组为 PTGD 后 1~2 月行 LC 术,对比分析两组的治疗效果。结果 在手术时间、术中出血量、术后住院时间等方面,两组差异无统计学意义(P>0.05)。结论 PTGD 联合二期 LC 治疗高龄急性重症结石性胆囊炎安全有效,对于序贯 LC 手术时机,还需看病情变化情况及术者的把握。

关键词:急性重症胆囊炎; PTGD; 腹腔镜胆囊切除; 高龄; 二期手术

急性结石性胆囊炎是普外科常见疾病,发病机制为:结石阻塞胆囊管致使胆囊内胆汁淤留、压力增大,加上胆汁酸刺激,使胆囊黏膜出现充血、水肿、渗出等炎症反应。高龄患者因身体机能衰退,又常伴发其它内科疾病,难以耐受急诊胆囊切除术。为探究安全有效的手术方式,我们开展了 PTGD(经皮经肝胆囊穿刺引流术)联合二期 LC(腹腔镜胆囊切除术),先期减压、缓解症状,再行择期确定性手术,以期降低手术风险,并对序贯 LC 手术时机进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2018 年 3 月~2020 年 12 月期间收治的 62 例高龄急性重症结石性胆囊炎患者进行研究,其中男 35 例,女 27 例,年龄 60~91 岁,平均(74.1±7.0)岁。所有病例年龄≥60 岁;根据临床表现、检验结果及影像学检查诊断为急性结石性胆囊炎;至少合并一种影响治疗及预后的伴发疾病,如:高血压、糖尿病、冠心病、心功能不全、肺病、神经系统功能障碍等。排除标准:1. 凝血功能障碍;2. 肝胆肿瘤患者。

根据序贯 PTGD 后序贯 LC 时机不同进行分组:早期序贯 LC 组为 PTGD 后一周内行 LC 术,32 例;延期序贯 LC

组为 PTGD 后 1~2 月行 LC 术,30 例。在性别、年龄等方面,两组患者间差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	性别	
		男(例)	女(例)
早期序贯 LC 组 (n=32)	72.7±7.0	17	15
延期序贯 LC 组 (n=30)	75.5±6.8	18	12
t/X ²	-1.600	0.298	
P 值	0.115	0.585	

1.2 治疗方法

一期 PTGD: 所有患者均行局麻下超声引导 PTGD 术,患者取仰卧位或左侧卧位,通过超声定位,确定经肝脏入胆囊的进针角度和深度,常规消毒铺巾,2%利多卡因局麻,在患者穿刺点小切口 2~3mm,采用“一步法”,用套管针(外套 8F 导管),经皮经肝进入胆囊腔,见胆汁后,向前推送套管,超声实时监控放入合适位置后将穿刺针拔出,锁定导管头端,缝皮固定导管,接引流袋。术后抗炎治疗,症状好转后二期序贯 LC 手术。

二期 LC: 早期序贯 LC 组和延期序贯 LC 组分别在相应

时间内行 LC 手术。LC 术式采用全麻常规三孔法,镜下分离胆囊前后三角,Hemo-lok 夹闭胆囊管和胆囊动脉,顺逆结合剥离胆囊,置入标本袋,脐孔取出胆囊标本,撤气腹,缝合各穿刺孔。术中腔镜下拔除 PTGD 管。

1.3 观察指标

观察并比较两组患者的手术情况:手术时长、术中出血量、LC 后住院时间等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

62 例高龄急性重症结石性胆囊炎患者全部按预定方案治疗。一期 PTGD 顺利完成,治疗后 61 例均病情好转,1 例腹痛不缓解,当天急诊 LC,术中见胆囊较游离,胆囊床处导管周围胆汁渗漏致胆汁性腹膜炎,行 LC 并腹腔冲洗后顺利康复。二期手术,分为两组,1 组早期序贯 LC,共 32 例,除 1 例急诊 LC 外,其余均在 PTGD 后 5 ~ 7 天行 LC,其中 1 例术中胆囊床出血,中转开腹;2 组在 PTGD 后 1 ~ 2 月行延期 LC,其中 1 例腹腔粘连重,中转开腹。两组病人均顺利治愈出院。早期序贯 LC 组和延期序贯 LC 组之间手术时长、术中出血量、LC 后住院时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时长 (min)	术中出血量 (ml)	LC 后住院时间 (d)
早期序贯 LC 组 (n=32)	79.1 \pm 12.3	61.9 \pm 20.5	6.7 \pm 0.8
延期序贯 LC 组 (n=30)	75.7 \pm 9.0	53.0 \pm 16.0	7.0 \pm 1.0
t	1.236	1.889	-1.121
P 值	0.221	0.064	0.267

3 讨论

急性结石性胆囊炎是腹部外科常见病,其发病机制主要是胆囊管梗阻等。临床治疗方式主要采取胆囊切除术,随着腹腔镜技术兴起,腹腔镜胆囊切除术逐渐成为胆囊切除的首选方式^[1]。

急性胆囊炎根据严重程度可分为三个等级,轻度(I级),中度(II级),重度(III级)^[2]。而高龄急性重症结石性胆囊炎病人,因胆囊炎症重、与周围粘连、术中解剖不清晰,

且体质差、合并脏器功能障碍,导致手术风险和并发症的发生率大大增加,术中胆管损伤和出血^[3]是挥之不去的噩梦。

鉴于此,对急性胆囊炎的手术时机有两种争论,一种建议早期胆囊切除(1周内行 LC),认为住院时间短,一劳永逸;另一种则建议延期胆囊切除(先行抗炎保守治疗,4-8周后再行 LC),认为炎症缓解期手术更安全。相关试验^[4]结果也难分轩轻。

急诊手术风险高,而单纯抗炎保守治疗来等待手术时机,又很难控制病情进展,若进一步发生坏疽,则更危险。因此选择正确的治疗方式和手术时机十分重要。

超声引导下 PTGD^[5] 技术为急性期挽救重症患者提供了一个新途径,较单纯保守治疗有优势。但 PTGD 不是治疗的终点,其后仍需解决胆囊结石问题。所以很多单位开展了 PTGD 序贯 LC 的手术治疗^[6,7],但 LC 干预的时机问题仍待探讨。

在本研究中,PTGD 联合二期 LC 手术取得了良好疗效,早期序贯 LC 与延期序贯 LC 两组之间手术时长、术中出血量、LC 后住院时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。经验证明,高龄急性重症胆囊炎患者先行 PTGD 能够迅速控制病情、缓解症状,合并症控制更加理想,术前准备更加充分,此后择期行 LC 比较安全可行;对于 LC 手术时机,还需看病情变化情况及术者的把握。但因数据来自于单中心回顾性资料,且高龄病人的合并症并未进行分层分析,从而会使结果有失偏颇,有待未来进一步完善研究。

参考文献

- [1] Begos DG, Modlin IM. Laparoscopic cholecystectomy: From gimmick to gold standard. J Clin Gastroenterol. 1994;19:325 - 30.
- [2] YOKOE M, TAKADA T, STRASBERG S M, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) [J]. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013, 20(1):35-46.
- [3] 祁军安, 江奎, 朱海林, 等. 12729 例腹腔镜胆囊切除术并发症原因分析及对策探讨 [J]. 腹腔镜外科杂志. 2009, 14(5):362-365.
- [4] Skouras C, Jarral O, Deshpande R, et al. Is early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis preferable to delayed surgery? [J] Int J Surg. 2012, 10(5):250-258.

- [5] Radder RW. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema[J]. *Diagn Imaging*,1980,49:330-333.
- [6] 郭为佳,王梦钦,席江伟,等. PTGD 序贯 LC 在高危急性胆囊炎治疗中的应用 [J]. *河北北方学院学报 (自然科学版)*, 2020, v.36;No.168(04):26-27+30.

基金项目:

潍坊市卫生健康委科研项目 (2020X051333)