

经皮经肝胆囊引流治疗急性胆囊炎和重症胆管炎的价值

张国梁,朱春兰,任旭

张国梁,朱春兰,任旭,黑龙江省医院附属消化病医院
黑龙江省哈尔滨市 150001
项目负责人:张国梁,150001,黑龙江省哈尔滨市南岗区奋斗路405号,黑龙江省
省医院附属消化病医院. zgl-789@hotmail.com
电话:3609112-3111 传真:3625671
收稿日期:2002-11-12 接受日期:2002-12-02

摘要

目的:探讨经皮经肝胆囊引流(PTGBD)治疗急性胆囊炎(AC)和重症胆管炎(ACST)的临床应用价值。

方法:选择22例急性胆囊炎和10例重症胆管炎,超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流。

结果:32例PTGBD均获成功,全部患者发热、腹痛症状迅速缓解,黄疸减退,1-5 d后复查B超,胆囊水肿、胆囊周围渗出消失,肿大的胆囊迅速恢复正常,使患者很快脱离危险。

结论:PTGBD治疗急性胆囊炎和重症胆管炎安全、有效、易行、能迅速改善患者症状,并发症少,具有重要临床实用价值。

张国梁,朱春兰,任旭. 经皮经肝胆囊引流治疗急性胆囊炎和重症胆管炎的价值. 世界华人消化杂志 2003;11(5):677-678

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/11/677.htm>

0 引言

急性胆囊炎(AC)和重症胆管炎(ACST)是消化系统疾病急症,临床通常采取手术治疗,急诊手术有一定合并症发生率^[1,2]. 重症胆管炎采用经内镜胆管引流或经皮经肝胆管引流(PTCD)治疗,创伤性小,可迅速缓解症状,临床上已广泛应用. 但毕II式胃手术者内镜治疗难度大,无明显肝内胆管扩张者PTCD难以成功,此类患者引流治疗受到限制. 我院近年开展经皮经肝胆囊引流术(PTGBD),探讨其临床应用价值。

1 材料和方法

1.1 材料 1999-01/2002-01选择32例急性胆囊炎和ACST行PTGBD,男20例,女12例,年龄20-78岁. 其中胆囊炎22例均有发热、腹痛症状. 14例有局限性腹膜炎体征. 重症胆管炎10例,发热、腹痛7例,伴血压下降、意识改变4例,血胆红素定量<85.5 mmol/L 6例 >85.5 mmol/L 4例. 均有胆囊明显增大,6例无明显肝内胆管扩张,4例轻度扩张,毕II式胃手术患者5例.

1.2 方法 术前碘过敏试验,肌注安定10 mg、强痛定100 mg,常规消毒,局麻至肝被膜,超声引导下使

用19 G套管针经右季肋间穿刺胆囊体部或近颈侧,抽出胆汁证明穿刺成功. 抽取胆汁20-30 mL后注入少量造影剂,看清胆囊轮廓,插入超滑导丝,将外套管沿导丝送至胆囊内,交换0.038加硬导丝,此时在胆囊腔内环绕1周以上,沿导丝推入“C”型管留置在胆囊内. 抽取的胆汁做镜检及细菌培养。

2 结果

2.1 22例急性胆囊炎治疗前超声诊断胆囊结石15例,其中1例伴胆囊息肉样病变,非结石性胆囊炎7例,其中3例为胆管支架术后合并胆囊炎,22例均有胆囊水肿、胆囊周围渗出. 其中16例抽出大量脓性胆汁,余6例胆汁镜检见脓细胞. 全部病例发热、腹痛症状迅速缓解,1-5 d后复查B超胆囊:急性炎症明显减退,胆囊水肿、胆囊周围渗出消失. 造影诊断胆囊结石18例,其中3例为胆囊管结石嵌顿. 11例胆囊管闭塞,胆囊结石伴胆囊内1.2 cm形态不整山田I型隆起1例,胆汁脱落细胞见中度异形细胞,诊断为胆囊癌(术后病理证实). 22例中3例胆囊结石行经皮经肝胆囊镜取石(PTCCS)治疗,3例支架后胆囊炎引流后症状缓解,2-3 wk内拔管,16例2 wk后手术治疗,无并发症发生.

2.2 10例重症胆管炎中,胆管结石7例,恶性胆道梗阻3例(胰头癌1例,十二指肠乳头癌2例),4例患者呼吸、血压不稳定,难以进行经口内镜治疗. PTGBD术后临床症状迅速改善,体温下降,腹痛缓解,血压恢复,意识好转,引流量每天700-1 000 mL. 7例为脓性胆汁,3例镜检见脓细胞. 炎症减退后10例中2例恶性胆道梗阻做经内镜留置金属支架,6例手术治疗,2例经内镜取石。

全部病例胆汁细菌培养,29例阳性,其中25例为革兰氏阴性杆菌。

3 讨论

1975年永川宅和 et al 进行了选择性经皮经肝胆囊穿刺造影术,1978年大藤正雄 et al 开展了超声引导下穿刺技术,1980年永川宅和 et al 对急性化脓性胆囊炎进行了PTGBD疗法,此后该治疗方法在日本得到应用,但在我国报道极少,而PTGBD治疗重症胆管炎尚未见报道. 我们就其适应证、应用价值、并发症等进行讨论。

急性化脓性胆囊炎的PTGBD治疗适应证:不伴穿孔或坏死的急性化脓性胆囊炎均为PTGBD之适应证. 特别是合并感染性休克;合并其他严重疾患;高龄或伴心肾功能不佳难以耐受手术治疗;胆囊周围渗出

明显及脓肿形成者。本组 22 例急性胆囊炎均为 PTGBD 的适应证,均有发烧、腹痛、胆囊肿大及周围渗出,7 例合并感染性休克,6 例心肺功能较差,9 例年龄 65 岁以上。

急性化脓性胆囊炎起病急,进展快,易导致中毒性休克,常继发于胆囊结石等疾病,诊断并不困难,以往多采用急诊外科手术治疗,危险性较大,对于高龄、一般状态差或心肾功能不佳者危险性更大,有些手术只能胆囊造瘘,尚需二次手术。PTGBD 可代替外科急诊胆囊造瘘或“T”管引流。仲吉昭夫^[1]认为急性胆囊炎应首选 PTGBD,进行排除脓汁、减压治疗,使患者摆脱紧急状态。小西一郎 et al^[2]认为对于合并肝床部胆囊周围脓肿者如早期手术治疗,术中感染胆汁腹腔内散布可能性较大,术后于肝床部残留感染灶的危险性也较大。因此,对于急性胆囊炎的治疗,如合并肝床部胆囊周围脓肿或胆囊周围渗出严重者优先行 PTGBD 治疗。未合并者且经超声、CT 证实后,如条件允许,可考虑手术。他们对 22 例急性化脓性胆囊炎患者进行 PTGBD 治疗,均获成功,疗效满意。清松和光 et al^[3]报道 37 例急性胆囊炎的 PTGBD 治疗,上腹痛全例,发热 21 例 PTGBD 术后 1-5 d 内消失,白细胞也恢复正常。渡边五郎 et al 认为 PTGBD 的适应证主要是伴严重合并症的重症胆囊炎,特别是腹膜刺激症状明显,抗炎治疗 24 h 未见改善,超声和 CT 检查诊断胆囊周围炎及周围脓肿的急性胆囊炎。乾和郎 et al 报道 36 例急性胆囊炎的 PTGBD 治疗,均获成功,认为适应证为中等度以上的压痛,38 以上的高热,白细胞 $10 \times 10^9/L$ 以上,超声检查胆囊内大量点状、絮状、碎片状强回声,胆囊周围低回声带的形成等。PTGBD 术后平均 $1.5 \pm 1 d$ 腹痛消失;发热减退 $2.4 \pm 1.6 d$;3 d 白细胞恢复正常。本组 22 例急性胆囊炎 PTGBD 术后 $1.5 \pm 0.5 d$ 腹痛消失, $2.0 \pm 1.5 d$ 发烧减退,均取得非常满意的临床疗效。

PTGBD 还可以作为胆囊切除术引流,减少手术并发症,降低死亡率。仲吉昭夫^[1]认为 PTGBD 治疗后 8-14 d 行手术切除胆囊或 2 wk 后行腹腔镜胆囊切除术(LC),和急性期手术相比,明显降低并发症的发生率。永川宅和 et al 报道 48 例急性胆囊炎术前先行 PTGBD。待全身症状改善后再行胆囊切除术,全部病例均无严重并发症发生。我国牟状博 et al 报道对 18 例重症胆囊炎患者先行 PTGBD 后再行 LC,中转开腹率为 5.5%,对照组为 14.3% ($P < 0.05$)。1995 年 Lu et al 文献报道急性胆囊炎 LC,中转开腹手术率为 8-35%,高于无急性炎症时 3-8%。因此 LC 前行 PTGBD 能有效地控制那些不适合接受急诊 LC 患者的急性胆囊炎,尤其帮助老年患者渡过危险阶段。本组 16 例急性胆囊炎 PTGBD 治疗 2 wk 后行手术切除胆囊或 LC,均无严重并发症发生,其中 10 例 LC 无 1 例中转开腹手术。

急性胆囊炎的 PTGBD 治疗为进一步病因治疗打下了基础。乾和郎 et al 报道 36 例急性胆囊炎 PTGBD 治疗

后,35 例诊断胆囊结石,其中 28 例行 PTCCS 均获成功。本组 3 例 PTGBD 治疗前行 PTCCS 治疗,彻底清除了胆囊炎的致病因素。

重症胆管炎的 PTGBD 治疗适应证:重症胆管炎,无明显肝内胆管扩张或仅轻度扩张而无法行 PTCD 者;PTCD 失败者;高龄、一般状态差,心肺肾功能不佳不能接受手术治疗者,胃毕式术后而无法行内镜治疗(EST、ERBD、ENBD 等)及内镜治疗失败者。本组 10 例重症胆管炎患者,均为 PTGBD 治疗适应证。

急性重症胆管炎是胆道疾病中最凶险的疾病,常见于原发或继发胆管结石、损伤、狭窄、肿瘤、胰腺肿瘤及肝外胆道其他外来压迫所致胆道梗阻,并合并胆道严重感染的疾病,进展快,死亡率高。该病常合并黄疸出现,诊断并不困难。以往多采用手术治疗,行胆总管切开清理胆道后留置“T”型管引流或行胆肠吻合术。但对高龄人群,一般状态差,合并多脏器损伤者手术危险性很大。因此,近年来出现了经内镜治疗方法。包括 EST、ERBD、ENBD 等及 PTCD 治疗方法。但如果患者无肝内胆管扩张或扩张不明显,就不能行 PTCD 术,如果患者已行胃毕式手术,亦不能行内镜治疗,尚有极少数患者内镜治疗失败,仲吉昭夫^[1]认为此时可行 PTGBD 治疗,代替 PTCD。PTGBD 治疗重症胆管炎见效迅速,能很快缓解患者症状。不受年龄、病情等因素影响,能迅速挽救患者生命。本组 10 例 ACST 患者 PTGBD 术后临床症状迅速改善、体温下降、腹痛缓解、意识恢复、生命体征恢复平稳,迅速使患者脱离危险,均获得满意的临床疗效。

PTGBD 治疗时可抽取胆汁行细菌培养,据药物敏感结果给予敏感抗生素,同时可加入生理盐水经 PTGBD 管冲洗胆囊,缩短病程,对治疗有重要意义。PTGBD 并发症及预防:(1)脱管,应用“C”型引流管后几乎可以避免,要随时观察引流量,如出现引流量减少,突然腹痛,应考虑是否脱管,要随时透视,了解引流管的位置,随时调整;(2)送引流管时,胆囊张力高,可能沿穿刺点外溢少许胆汁,引起局限性腹膜炎,所以操作要快,尽量避免;(3)文献报道怀疑胆囊恶性肿瘤的病例,要考虑播种性转移,要对胆囊穿刺部位进行研究^[3]。小西一郎 et al^[2]行 31 例 PTGBD,无 1 例并发症,乾和郎 et al 行 36 例 PTGBD,3 例(8.3%)脱管。本组 28 例患者行 PTGBD,无 1 例发生并发症。

超声引导下 PTGBD 治疗急性胆囊炎和重症胆管炎操作简单、安全、有效、易行,几近无创,能迅速改善临床症状,并发症少,具有重要的临床实用价值。

4 参考文献

- 1 仲吉昭夫. 急性胆道感染症的紧急对处法. 消化器内视镜 1996; 8:1607-1611
- 2 小西一郎,上田顺彦,广野禎介. 选择的经皮经肝胆囊穿刺造影とドナ - ジ 82 例の临床的检讨. 胆と胰 1997;18:175-179
- 3 清松和光,吉田晃治,野中道泰,清永勉,麻生重明,才津秀树,杉原茂孝. 急性胆囊炎に対する PTGBD の有用性について. 胆道 1991;5:334