

经皮经肝胆囊引流:重症胆囊炎患者通往腹腔镜胆囊切除之桥

张长和¹,臧金峰¹,张弛¹,高军业¹,周存才²,李相成³

(¹泰州市人民医院肝胆外科,江苏 泰州 225300;²江西省肿瘤医院肝脏中心,江西 南昌 330000;³南京医科大学第一附属医院肝移植中心,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨重症胆囊炎患者行经皮经肝穿刺胆囊引流及二期腹腔镜胆囊切除的可行性和安全性。方法:重症胆囊炎患者包括入院时胆囊三角炎症极重而难以一期切除胆囊者以及因全身情况差而难以耐受胆囊切除的胆囊炎患者。2007~2011 年对这两类共 18 例患者行经皮经肝穿刺胆囊置管引流术及二期气腹或免气腹腹腔镜胆囊切除术。结果:全组患者成功行经皮经肝胆囊引流术,无明显腹腔出血、胆瘘等并发症;除 1 例患者引流后失访,其余 17 例患者均成功行腹腔镜胆囊切除术。结论:对难以一期切除胆囊的重症胆囊炎患者,经皮经肝胆囊引流能在有效缓解急性期症状的基础上有利于二期微创切除胆囊,减少了手术创伤并规避了胆囊炎急性期强行切除胆囊的风险。

[关键词] 经皮经肝穿刺胆囊引流;重症胆囊炎;腹腔镜胆囊切除术

[中图分类号] R657.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)08-1125-02

随着腹腔镜技术的普及与提高,越来越多的急诊胆囊切除可以通过腹腔镜完成。但对术前磁共振胰胆管成像(MRCP)及 B 超提示胆囊三角炎症极重的部分患者如行腹腔镜手术,则中转开腹手术的机率较大,且即使开放胆囊切除也往往较为困难,最后走上胆囊造瘘、二期开放胆囊切除之路。同样,高龄高危患者手术耐受性差,既往常选择硬麻下开放胆囊造瘘后再相机作二期处理。在 2007~2011 年,本院共 18 例这两类患者入院后在 B 超引导下顺利完成了经皮经肝胆囊造瘘术,其中绝大部分(17 例)二期顺利进行腹腔镜胆囊切除术。现将体会报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本组 18 例,男 7 例,女 11 例,年龄 16~84 岁,平均 58.4 岁。全部病例有不同程度发热、腹痛及右上腹压痛,外周血象检查提示白细胞和(或)中性粒细胞增高,均同时行 MRCP 及 B 超评估胆囊局部情况,证实为结石性胆囊炎。其中因胆囊颈部结石嵌顿、胆囊三角炎症重而估计腹腔镜胆囊切除术(LC)难以实施的有 14 例;因全身情况差,合并严重心肺功能障碍或脑卒中而不能耐受 LC 的有 4 例。

1.2 方法

1.2.1 经皮经肝胆囊穿刺(percutaneous transhepatic gallbladder drainage, PTGBD)

术前检查凝血时间(PT)及血小板(PLT)计数以

排除凝血功能障碍。术中患者平卧位,根据 B 超确定穿刺部位,穿刺针选择 8~10F 猪尾巴管,采用套管法或导丝交换法进针。穿刺方向为肝脏膈面进针,自胆囊床进入胆囊,要求经肝厚度至少 2 cm 以减少经针道胆漏可能,同时注意避开肝内大的管道。导管进入胆囊后再进 4~6 cm 以防止因体位变化后导管头滑出胆囊腔。引出胆汁后可送培养+药敏试验以选用针对性抗生素,如有堵管可用 50 ml 0.5%甲硝唑反复抽吸冲洗。待体温、腹痛、腹部压痛、外周血象基本恢复正常,就可带管或拔管出院。对胆囊颈部结石嵌顿患者需要延期拔管。

1.2.2 腹腔镜胆囊切除

穿刺引流后 3~8 周患者重新入院,再次腹部 B 超及 MRCP 以评估胆囊三角条件,注意排除因水肿消退而致结石掉进胆管可能;对于高龄(>70 岁)、合并基础疾病患者则行心肺功能测定并请麻醉科会诊行 ASA 评估。对评估后考虑全麻及气腹不能耐受的 3 例患者行腹壁悬吊式免气腹胆囊切除术,其余 14 例患者行常规 CO₂ 气腹腹腔镜胆囊切除术。在腹腔镜下胆囊切除时如发现胆囊三角水肿虽消退,但瘢痕增生及颈部结石嵌顿,则通过仔细刮吸、逆行解剖胆囊三角、横断胆囊颈部取出嵌顿结石后缝闭胆囊颈部残端等方法完成手术。

2 结果

18 例患者均胆囊穿刺及置管成功,操作时间

16~35 min,其中3例为床边B超定位穿刺。穿刺后均无明显出血、胆漏等并发症。引流后2~5 d体温、腹痛、腹部压痛缓解,出院时间6~16 d,平均9 d;带管引流时间8~46 d,平均16 d。18例患者1例失访,其余17例均成功行气腹或免气腹胆囊切除。

3 讨论

胆囊床位于肝脏V、VI段交界处,距右前下肝蒂较远,除肝中静脉终末支,无明显大血管,为安全穿刺提供了解剖基础;同时,肝脏包膜的压迫作用及后期窦道形成,对预防肝内血肿形成及腹腔内出血提供了理论依据。具体穿刺时注意避开血管,穿刺后注意卧床休息可进一步避免出血。徐菁等^[1]在对肝功能障碍患者PTGBD后拔引流管时注入生物胶,有进一步封闭窦道、减少出血可能。除了腹腔出血,PTGBD另一个主要并发症为胆漏。其主要预防要点在于穿刺时严格经胆囊床进入胆囊腔内,避免穿刺胆囊游离部分,以肝脏实质的压迫作用减少胆漏,同时穿刺经肝行程保持2 cm以上,导管在胆囊内保留4~6 cm,以避免体位改变后导管回缩而导致脱管、胆漏。

PTGBD的本质为胆囊造瘘,通过胆道减压以减少胆血反流,避免胆源性休克。同时,胆囊减压可改善胆囊高张力状态,改善胆囊壁血流循环,避免胆囊穿孔及弥漫性腹膜炎的发生。本组1例脑卒中患者入院时考虑胆囊切除绝对不能耐受,行经皮胆囊穿刺时引流液为咖啡样液体,考虑已发生胆囊坏疽、黏膜坏死脱落,当时担心胆囊穿孔、并发胆汁性腹膜炎。在穿刺后的2 d中予以抗炎、支持、冲洗,胆汁渐转黄,腹部体征缓解,考虑胆囊减压后胆囊壁血供得到了有效恢复。Chok等^[2]的研究也表明,PTGBD 20 h后,87%重症急性胆囊炎患者的毒血症状能得到缓解。经皮经肝胆囊造瘘相对开放胆囊造瘘来说,既避免了手术之苦,也减少了腹腔粘连机会,利于二次腹腔镜手术。

正确处理胆囊三角是腹腔镜胆囊切除成功的关键^[3]。腹腔镜技术的发展使得急诊胆囊切除术(emergence cholecystectomy, EC)的指征越来越宽,临床实践中手术时机已远超过去的72 h。重症胆囊颈部结石嵌顿患者行EC术中,对解剖结构的辨别与处理总有个尽头,此时即使中转手术可能也会面临进退两难的地步。Kim等^[4]对急性胆囊炎患者行

EC、PTGBD后7 d及2周LC分组试验结果表明,2周后行LC组患者手术中转率明显降低。对此类患者,选择PTGBD这一合适的急诊措施,待二期行LC处理,不但具有微创意义,同时也减少了胆道损伤可能。而对高龄患者及合并严重基础疾患等不具有手术条件患者,引流后待胆囊炎症消退、全身情况改善后行气腹下或腹壁悬吊下腹腔镜胆囊切除,能有效规避住院期间心肺功能衰竭等风险。另外也不能忽视的是年青患者的微创要求。本组1例患者23岁,初次入院时MRCP提示胆囊三角炎症重,LC成功可能性低。通过PTGBD,术后复查MRCP,水肿明显消退,行LC手术异常顺利。

自1980年Radder首次报道超声引导下经皮胆囊造口术成功引流胆囊积脓^[5]以来,各国学者对这一简单安全有效的措施进行了尝试和认同。2006年,13国学者在东京达成的胆囊胆管炎诊治指南^[6]已将PTGBD与EC共同列为中、重度胆囊炎的主要处置方案。本文认为,PTGBD这一操作对设备要求低,简单安全有效,实用性强,能减少急诊重症胆囊炎患者手术创伤和胆道误损伤,有进一步推广意义。

[参考文献]

- [1] 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[J]. 肝胆胰外科杂志, 2009, 21(4): 310-311
- [2] Chok KS, Chu FS, Cheung TT, et al. Results of percutaneous transhepatic cholecystomy for high surgical risk patients with acute cholecystitis[J]. ANZ J Surg, 2010, 80(4): 280-283
- [3] 朱小林,戴云俊,胡中生,等. 急性化脓性胆囊炎的腹腔镜胆囊切除术108例临床分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(5): 442
- [4] Kim HO, Ho Son B, Yoo CH, et al. Impact of delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage for patients with complicated acute cholecystitis [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2009, 19(1): 20-24
- [5] 郑兴学,王兵,魏洪斌,等. 经皮经肝胆囊穿刺置管药物冲洗引流治疗老年急性化脓性胆囊炎[J]. 中华肝胆外科杂志, 2003, 9(7): 390-392
- [6] Miura F, Takada T, Kawarada Y, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines [J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2007, 14(1): 27-34

[收稿日期] 2012-02-13