

LC 联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术治疗亚急性胆囊炎的效果

彭飞

(河南省驻马店市中心医院急诊科 驻马店 463000)

摘要:目的:探讨亚急性胆囊炎应用腹腔镜胆囊切除术(LC)联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术治疗的效果。方法:选取 2013 年 6 月~2017 年 6 月我院收治的 86 例亚急性胆囊炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为联合组 33 例,对照组 53 例。对照组予以适当调理后行急诊 LC 治疗,联合组先行经皮肝胆囊穿刺造瘘术后,根据其具体情况择期实施 LC 进行治疗。比较入院时与 LC 术后即刻两组血清肝脏损伤标志物(ALP、TBIL)水平、LC 围术期基本情况及术后 1 周内并发症发生情况。结果:入院时,两组 ALP、TBIL 水平比较,无显著性差异($P>0.05$);LC 术后即刻,联合组 ALP、TBIL 水平均明显下降,且明显低于对照组, $P<0.05$;联合组 LC 围术期手术时间、术中出血量、术后引流时间、术后住院时间均明显少于对照组, $P<0.05$;LC 术后 1 周内,两组切口感染、肺部感染发生率比较均无统计学意义, $P>0.05$;而联合组消化道出血、胆瘘发生率均明显低于对照组, $P<0.05$ 。结论:应用 LC 联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术治疗亚急性胆囊炎,可取得较为理想的治疗效果,有利于患者预后恢复,安全性好,具有临床推广价值。

关键词:亚急性胆囊炎;腹腔镜胆囊切除术;经皮肝胆囊穿刺造瘘术

中图分类号:R657.41

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.040

急性胆囊炎是临床最常见的急腹症之一,通常采用手术方法进行治疗,常用的手术方法为腹腔镜胆囊切除术。腹腔镜切除术(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)具有损伤小、痛苦少、恢复快等优点。随着国内医疗条件的逐步完善,急性胆囊炎患者大多能在 72 h 内送院接受治疗,但仍有部分患者由于各种特殊情况而延误最佳治疗时机,导致胆囊炎进展至亚急性阶段^[1]。目前,临床亚急性胆囊炎在治疗方式上仍存在较大争议。经皮肝胆囊穿刺造瘘术属于针对胆囊炎的保守治疗方式,其具有手术操作简单、有效、临床效果好及并发症发生率少等优点,因此,考虑将腹腔镜胆囊切除术与经皮肝胆囊穿刺造瘘术对亚急性胆囊炎进行联合治疗,为获得更好的疗效。故本研究选取我院收治的 86 例亚急性胆囊炎患者为研究对象,旨在探讨亚急性胆囊炎应用腹腔镜胆囊切除术(LC)联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术治疗的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月~2017 年 6 月我院收治的 86 例亚急性胆囊炎患者为研究对象,按照随机数字表法分为联合组 33 例,对照组 53 例。观察组男 18 例,女 15 例;年龄 31~59 岁,平均(43.7±11.4)岁;化脓性胆囊炎 24 例,坏疽性胆囊炎 9 例;平均发病至送院时间(4.7±1.1) d;胆囊壁平均厚度(5.0±0.7) mm。对照组患者男性 26 例,女性 27 例;年龄为 29~61 岁,平均(44.2±13.6)岁;化脓性胆囊炎 40 例,坏疽性胆囊炎 13 例;平均发病至送院时间(4.8±1.2) d;平均胆囊壁厚度(4.9±0.7) mm。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准通

过。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:符合亚急性胆囊炎相关诊断标准且具备 LC 手术指征者^[2];年龄 20~65 岁,病程 3~7 d;患者及其家属均知晓参与本研究,并自愿签署知情同意书者。(2)排除标准:伴 LC、经皮肝胆囊穿刺造瘘术及麻醉相关禁忌证者;伴胆囊炎急性期或伴有胆管结石、胆管梗阻、急性胰腺炎等急腹症者;伴胆囊恶性肿瘤或合并其余部位恶性肿瘤者;伴心、肺、肝、肾等关键脏器器质性病变者;伴有免疫功能、内分泌功能、凝血功能障碍者;伴有精神疾病史或依从性差者。

1.3 治疗方法 所有患者确诊后及时采取水电解质纠正、抗炎等常规辅助治疗。术前行常规实验室检查,检查项目主要包括肝功能、肾功能、凝血功能、血气分析及相关生化指标,影像学检查包括心电图、X 线胸片及腹部彩超,一次进行胃肠道准备(禁食、胃肠道减压)、皮肤准备(清理毛发、清洁术区)并做好医患沟通。

1.3.1 对照组 于 12 h 内行 LC,手术严格按照《腹腔镜肝胆胰脾外科手术操作与技巧》中 LC 的相关操作标准完成^[3]。

1.3.1 联合组 待体征稳定后,通过彩超确认穿刺路径,实施局部浸润麻醉后,患者取仰卧位,于穿刺点作 2 mm 左右切口,采用经皮肝胆道穿刺套管(由日本 Create Medic 生产的猪尾型套管,18G 穿刺针),彩超引导进行穿刺,过程中注意保护周围组织,刺入胆囊底部后抽出导丝,抽出胆汁以确认套管顶端完全刺入,随后将引流管推注送入胆囊腔内 6~9 cm 并彩超确认呈弹簧螺旋构型,缝合穿刺点皮肤与穿刺套管,外接无菌瘘袋,术毕 5 h 禁食,维持瘘管

通畅,并继续接受辅助治疗,卧床休息时间≥2 d,采用生理盐水进行导管冲洗,冲洗过程中保持引流管通畅,并将引流液作病原学培养,针对阳性病原体感染患者将适宜抗生素加入冲洗液中进行引流,术后根据患者瘘管引流情况及体征,择期行 LC 治疗,手术操作同对照组。两组均于入院时及 LC 术后即刻,常规采集患者静脉血样,提取上层血清,分别采用 ALP、TBIL 相应的试剂盒经由酶联免疫吸附试验(ELISA)检测其水平。

1.4 观察指标 比较两组入院时与 LC 术后即刻,两组血清肝脏损伤标志物水平、围术期相关指标及术后 1 周内并发症发生情况。血清肝脏损伤标志物包括碱性磷酸酶(ALP)、总胆红素(TBIL)。围术期相关指标包括手术时间、术中出血量、术后引流时间、术后住院时间。术后并发症包括切口感染、肺部感染、消化道出血、胆瘘等。

1.5 统计学方法 采用统计学软件 SPSS20.0 分析数据,计数资料以率表示,组间比较行 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内比较行独立样本 t 检验,组间比较行配对样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术前后 ALP、TBIL 水平比较 入院时,两组 ALP、TBIL 水平比较,无显著性差异 ($P>0.05$);LC 术后即刻,联合组 ALP、TBIL 水平均明显降低且明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术前后 ALP、TBIL 水平比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	ALP(U/L)		TBIL($\mu\text{mol/L}$)	
		入院时	LC 术后即刻	入院时	LC 术后即刻
联合组	33	146.5± 16.3	107.4± 13.7*	45.2± 9.0	27.1± 8.4*
对照组	53	144.2± 17.8	140.3± 16.9	43.1± 9.3	39.5± 9.2
t		0.626	9.918	1.065	6.526
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组 LC 围术期基本情况比较 联合组 LC 围术期手术时间、术中出血量、术后引流时间、术后住院时间均明显少于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组 LC 围术期基本情况比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	术后引流时间(d)	术后住院时间(d)
联合组	33	48.5± 17.3	56.3± 16.7	3.3± 1.4	9.2± 2.8
对照组	53	62.7± 19.0	83.5± 22.4	4.0± 1.2	11.7± 3.5
t		3.625	6.388	2.490	3.657
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组 LC 术后 1 周内并发症发生情况比较 LC 术后 1 周内,联合组和对照组切口感染、肺部感染发生率比较均无统计学差异, $P>0.05$;联合组消化道出血、胆瘘发生率均明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组 LC 术后 1 周内并发症发生情况比较[例(%)]					
组别	n	切口感染	肺部感染	消化道出血	胆瘘
联合组	33	2(6.1)	1(3.0)	2(6.1)	1(3.0)
对照组	53	8(15.1)	3(5.7)	13(24.5)	11(20.8)
χ^2		0.856	0.001	4.817	3.947
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

胆囊炎患者发病后将出现右上腹剧烈疼痛,常伴有发热、呕吐等症状。部分患者由于无法及时送院,或对切除胆囊存在一定顾虑与恐惧心理而仅接受药物保守治疗,直至症状加重才送院救治,因而及时采取合理的治疗措施显得尤为关键^[4]。

胆囊炎症可沿胆囊管、胆总管扩散至肝脏,加之胆囊体积增大可导致胆总管、肝总管受到压迫,对肝功能造成一定影响。据相关文献报道^[5],近 7% 的慢性肝炎患者合并有胆道疾病,且每次胆道疾病复发均可进一步加重肝实质的损坏,因而除伴有肝硬化门静脉高压等对切除胆囊无法耐受的患者外,均建议采取 LC 切除胆囊。故研究选取我院收治亚急性胆囊炎患者 86 例,探讨亚急性胆囊炎应用腹腔镜胆囊切除术(LC)联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术的治疗效果。本研究结果显示,联合组术后血清肝脏损伤标志物水平均明显下降, $P<0.05$ 。表明 LC 联合经皮肝胆囊穿刺造瘘术可有效避免亚急性胆囊炎损伤肝脏,究其原因,可能与瘘管导出淤积胆汁进而降低胆囊压力,缓解胆源性肝损伤,进而避免阻塞性黄疸等疾病的发生、发展有关。

药物保守治疗可在一定程度上控制炎症,降低胆囊压力,避免穿孔,但胆囊壁细胞缺血缺氧性坏死多无法逆转,仍需行胆囊切除术进行治疗^[6]。多项研究表明^[7],尽管在保守治疗后,亚急性胆囊炎患者症状已有一定缓解,但由于病程已超过 3 d,持续的胆囊炎症及水肿可加重术区粘连,尤其胆囊三角区域解剖结构复杂化,易增加术中误伤周围组织的风险,导致术后并发症发生率增加。本研究结果显示,联合组围术期基本指标及 LC 术后 1 周内并发症发生率均明显少于对照组, $P<0.05$ 。提示经皮肝胆囊穿刺造瘘术后再行 LC 治疗可简化 LC 手术难度,提高其安全性,初步猜测可能与经皮肝胆囊穿刺造瘘术能通过减轻胆囊三角区域水肿与粘连状态,缩减胆囊体积,进而使术野扩大而简化手术操作有关,故可降低胆瘘及消化道出血等手术操作相关并发症的发生风险。陈先锋等^[8]认为,亚急性胆囊炎患者胆囊壁多增厚严重,穿刺造瘘术预处理能简化 LC 操作,加之瘘管导出胆汁可便于送细菌培养,为抗生素方案的使用提供依据,有助于促进炎症消退。综上所述,经

皮肝胆囊穿刺造瘘术预处理可有效避免亚急性胆囊炎损伤肝脏,缩短治疗与恢复周期,提升 LC 手术安全性,有利于患者预后恢复。

参考文献

[1]张锁林.亚急性期胆囊炎、胆结石腹腔镜保留胆床胆囊壁部分切除术临床分析[J].山西医科大学学报,2015,46(3):266-267
[2]中华消化杂志编辑委员会.中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2014 年,上海)[J].胃肠病学,2015,20(5):292-296
[3]白明东,王建,徐海,等.《东京指南》指导下的急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术[J].中华普通外科杂志,2013,28(1):68-69
[4]尚杰,陈玉龙,汪静,等.抗抑郁焦虑治疗慢性非结石性胆囊炎慢性

疼痛的临床疗效[J].中华消化杂志,2015,35(9):630-632
[5]江培朝,李玉华,姬涛,等.经皮肝胆囊穿刺引流术联合腹腔镜胆囊切除手术治疗急性重症胆囊炎的临床疗效分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(11):2528-2531
[6]黄健,董世平,侯英奎,等.腹腔镜胆囊切除术治疗急性胆囊炎的手术时机选择与疗效分析[J].西部医学,2015,27(9):1382-1384
[7]郭楠,周承刚,唐晓东,等.经皮肝胆囊穿刺引流后序贯治疗高危急性化脓性胆囊炎的进展[J].国际老年医学杂志,2017,38(1):46-48
[8]陈先锋,李旭宏.经皮胆囊穿刺造瘘术联合腹腔镜胆囊切除术治疗亚急性胆囊炎[J].重庆医学,2017,46(24):3409-3410

(收稿日期:2018-07-05)

舒芬太尼联合丙泊酚麻醉对腹腔镜胆囊切除术患者的影响

黄小宁 赵李业 张进杰

(广东省湛江市遂溪县人民医院 遂溪 524399)

摘要:目的:观察舒芬太尼联合丙泊酚麻醉对腹腔镜胆囊切除术患者动脉血气及应激反应的影响。方法:选取我院 2016 年 3 月~2018 年 2 月收治的须行腹腔镜胆囊切除术患者 50 例,随机分为对照组和观察组,各 30 例。对照组予以瑞芬太尼复合苯磺顺阿曲库铵、丙泊酚麻醉,观察组给予舒芬太尼复合丙泊酚麻醉。比较两组患者麻醉诱导前基础值(T₁)、麻醉维持前(T₂)、手术结束时(T₃)各时间点的血气指标、应激激素指标差异。结果:两组在 T₂、T₃ 时点的 PaO₂、PaCO₂ 均较 T₁ 时间点明显升高(P<0.05),但同期组间比较无显著性差异(P>0.05);观察组在 T₃ 时间点的 CRP、TNF-α、COGT 均明显低于对照组(P<0.05)。结论:舒芬太尼联合丙泊酚麻醉在腹腔镜胆囊切除术患者中的效果更佳,可有效降低患者术后应激反应,值得临床推广。

关键词:腹腔镜胆囊切除术;舒芬太尼;丙泊酚

中图分类号:R614.24

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.041

腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic Cholecystectomy, LC)是治疗多种胆囊疾病的术式之一,具有手术创伤小、术中疼痛轻及预后较好等诸多优势,取代传统开腹胆囊切除术的趋势已愈发明朗^[1]。研究指出^[2],围术期的麻醉方式亦会对患者产生较大影响。因此,在保证麻醉深度的同时选择对动脉血气影响较小,以及不易引起患者应激激素异常的麻醉药物尤为重要。本研究旨在观察舒芬太尼联合丙泊酚麻醉对腹腔镜胆囊切除术患者动脉血气及应激反应的影响,以期为临床应用提供一定的参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 3 月~2018 年 2 月我院收治的须行 LC 治疗的患者 60 例,随机分为观察组(30 例)与对照组(30 例)。观察组男 18 例、女 12 例,年龄 26~72 岁、平均(45.69±5.89)岁,体质指数 16.3~33.1 kg/m²、平均(24.30±6.11) kg/m²,ASA 分级:Ⅰ级 20 例、Ⅱ级 10 例。对照组男 16 例、女 14 例,年龄 26~73 岁、平均(44.99±5.69)岁,体质指数 16.5~32.7 kg/m²、平均(24.20±5.97) kg/m²,ASA 分级:Ⅰ级 21 例、Ⅱ级 9 例。两组患者一般资料比较无显著性差异(P>0.05),具有可比

性。

1.2 入组标准 纳入标准:符合手术治疗指征,且经 B 超、CT 等影像学检测确诊为慢性胆囊炎合并胆囊结石;美国麻醉医师协会(ASA)分级Ⅰ~Ⅱ级;未伴有神经系统异常或精神疾病家族史;自愿参加并签署知情同意书。排除标准:伴有严重内分泌疾病或恶性肿瘤者;合并心、肝、肾等重要脏器功能障碍者;处于妊娠期或哺乳期妇女;近期服用免疫抑制剂、其他抗生素药物治疗者。

1.3 麻醉方法 两组入室后均连接吸氧装置开始吸氧,同时予无创血压、血氧饱和度及心率监测,常规肌注米达唑仑(国药准字 H20153019)0.05 mg/kg 和阿托品(国药准字 H36020044)0.01 mg/kg,开放腕部上肢静脉通路,补充林格氏液 300~500 ml。随后,对照组诱导用药为瑞芬太尼(国药准字 H20143314)、苯磺顺阿曲库铵(国药准字 H20090202)、丙泊酚(国药准字 H20030115),术中静脉泵注瑞芬太尼 0.15 μg/(kg·min)、丙泊酚 3.0 mg/(kg·h),麻醉维持均应用到手术结束时为止。观察组予以舒芬太尼、丙泊酚作为诱导用药,术中以舒芬太尼(国药准字 H20054256)6 μg/(kg·h)、丙泊酚 6 mg/(kg·h)静脉滴注维持,麻醉维持均应用到手术