

高龄患者急性胆囊炎研究现状

解民鹏¹, 王 静²

1. 宿迁市第一人民医院 消化内科, 江苏 宿迁 223800; 2. 沈阳军区总医院 内窥镜科, 辽宁 沈阳 110016

关键词: 急性胆囊炎; 高龄; 内镜逆行胰胆管造影技术; 内镜下胆囊置管引流术; 经皮经肝胆囊穿刺引流; 并发症

Key words: Acute cholecystitis; Advanced age; Endoscopic retrograde cholangio pancreatography; Endoscopic naso gall bladder drainage; Percutaneous transhepatic gall bladder drainage; Complication

文章编号: 2095-5561(2016)01-0062-03

中图分类号: R575.6

文献标志码: A

DOI: 10.16048/j.issn.2095-5561.2016.01.18

近年来,随着经济的发展及生活水平的提高,胆道系统疾病越来越多,且高龄(年龄 ≥ 70 岁)人群中发病越发严重、复杂。研究表明,随着年龄的增长,胆道疾病发生率也在大幅增长^[1]。其中,急性胆囊炎是老年急腹症的常见病因。研究表明,急诊手术治疗高龄患者胆管疾病术后并发症发生率高达 33%~62%^[2-4]。由此可见,外科手术不是高龄患者急性胆囊炎的首选治疗方法^[5-6]。另外,经皮经肝胆囊穿刺引流术(percutaneous transhepatic gall bladder drainage, PTGBD)虽操作简单,但此法并发症多,临床适应范围较窄^[6-7]。随着内镜技术的发展、对内镜下逆行胆胰管造影技术(endoscopic retrograde cholangio pancreatography, ERCP)认识的深入及技术的成熟,内镜下胆囊置管引流术(endoscopic naso gall bladder drainage, ENGBD)以其诸多优点得到广泛关注和认可。本文对高龄急性胆囊炎的研究现状及进展作一综述。现报道如下。

1 高龄患者急性胆囊炎概述

1.1 临床表现、辅助检查与临床诊断 高龄患者急

性胆囊炎的临床表现具有高危性、复杂性及不典型性等特点。高龄患者由于机体调节能力差,对疾病的应激及反应降低,导致其炎症变化程度与临床表现不一致,表现为炎症程度重而临床表现轻。同时,高龄患者常合并糖尿病、心脑血管等疾病,这些疾病又给本病的诊断带来困难。多数学者认为腹部超声检查可为本病诊断提供可靠的影像学依据,胆囊胀大、胆囊壁增厚和胆囊内积脓已成为临床确诊急性胆囊炎的可靠依据^[8]。但是,如果患者肠腔内含有积气,超声会影响诊断,腹部 CT 对于此病的诊断更为直观和准确。CT 表现为:(1)胆囊体积胀大,宽径 > 5 cm;(2)胆囊壁增厚 > 0.3 cm,胆囊周围出现低密度环。

1.2 高龄急性胆囊炎的特点 高龄人群结石性胆囊炎发病率高^[9],多由于胆管系统胶原及弹力纤维的增生、断裂使得胆囊壁、胆管壁肥厚,总胆管扩张,胆汁淤滞所致。另外,高龄急性化脓性胆囊炎临床表现不典型,病情进展快,炎症反复,不易消退,病程可达 20 d 以上^[10-11]。此外,高龄患者对疾病的抵抗能力不断降低,可出现多系统器官疾病,如呼吸系统、心脑血管疾病和糖尿病等,都会加重患者的病情,使病死率增高^[11]。

第一作者:解民鹏(1987-),女,河北衡水人,医师,硕士

通信作者:王 静, E-mail:13309882063@163.com

2 治疗方法

临床中,在急性胆囊炎的症状较为稳定或炎症消退(体温 $<38^{\circ}\text{C}$,白细胞总数 $<10 \times 10^9$ 个/L)的情况下,胆囊切除术仍为主要的治疗方法。但许多专家学者提出,对于高龄急性胆囊炎患者治疗方案应首先考虑保守治疗,经过积极的保守治疗急性期症状缓解后,再考虑是否行Ⅱ期胆囊切除术或其他处理^[13]。因此,及时有效地解除梗阻、通畅引流是治疗高龄急性胆囊炎的基本原则。

2.1 急性胆囊炎的非手术治疗 包括抗感染、禁食、补液、纠正酸碱电解质紊乱、供给足够的能量及全身支持疗法。选用对革兰阴性、阳性细菌及厌氧菌均有作用的广谱抗生素或联合用药,并配合解痉止痛等支持治疗。对于合并的其他并发症,应联合处理。PTGBD 和 ENGBD 既可以缓解症状,也为手术提供了有利的条件。

2.2 急性胆囊炎的手术治疗

2.2.1 腹腔镜下切除胆囊 在腹腔镜发展早期,急性胆囊炎曾被列为腹腔镜的禁忌证。随着腹腔镜技术及设备的发展、完善,许多学者开始选择腹腔镜下切除胆囊治疗急性胆囊炎。但对于老年患者,因长期炎症刺激,胆囊三角严重充血水肿,致使腹腔镜切除胆囊时解剖关系不清、严重渗血需转为开腹手术,反而增加了手术风险及患者的负担。

2.2.2 PTGBD PTGBD 是在超声引导下确定穿刺部位(通常选择右腋前线第 9 肋间及肋缘下)。穿刺成功后,留置引流管尽量抽尽胆汁。PTGBD 的优点是操作过程简单,可以解除梗阻、充分引流、减压胆囊,缓解患者急性期症状,在临床上比较常用。但其并发症应引起重视,在穿刺过程中可出现血肿、气胸,术后可出现引流管脱落、胆瘘感染、局限性腹膜炎等并发症^[6]。并发症一旦出现,不但会耽误治疗,甚至会导致死亡。如果为胆囊癌引发的胆囊炎或患者合并有肝癌,PTGBD 过程中可能会导致肿瘤细胞的种植转移。此外,另有研究表明伴有凝

血功能障碍、腹水、肝脏或胆囊恶性肿瘤的患者,不宜选择 PTGBD 治疗急性胆囊炎^[7]。

2.2.3 ENGBD 随着内镜的发展及 ERCP 技术的成熟、普及,ERCP 逐渐成为诊断及治疗肝、胆、胰等疾病的重要方法。特别是随着微创理念的提出,以 ERCP 技术为载体,留置鼻-胆囊引流管,行 ENGBD 治疗急性胆囊炎在临床上被广泛应用。ERCP 是在十二指肠镜(侧视镜)直视下找到十二指肠乳头,必要时可行十二指肠乳头预切开术,完成造影。结合影像,若提示合并胆总管结石,应先使用取石球囊或取石网篮行内镜下胆总管结石取石术,解除梗阻,引入导丝后完成插管(鼻-胰引流管),充分引流梗阻在胆囊内的胆汁。根据胆汁细菌培养试验及药敏试验选择针对性抗生素,经鼻-胆囊引流管反复冲洗胆囊,避免全身大剂量使用抗生素,提高药物疗效,降低耐药性产生,术后 12 h 急性症状会得到缓解。对高龄急性胆囊炎患者,ENGBD 虽是一种及时、安全、有效的治疗方法,但由于此项技术操作难度大,不仅对器材设备有很高的要求,对操作者行 ERCP 的熟练程度及与助手的配合也有很高的要求,因此,此项技术在临床未能得到广泛的应用。

3 总结

急性胆囊炎是由于结石嵌顿、化学刺激、细菌感染等原因引发的急性炎症,其中约 95% 是结石嵌顿引发。而高龄患者多由于器官功能对炎症刺激的反应能力及抗病能力降低、免疫反应能力差、疼痛感觉迟钝,使胆囊炎的临床表现轻于实际病情。若病情未发现或估计不足,梗阻不能及时解除,胆汁便会淤积在胆囊内,导致胆囊内积脓,胆囊内压增大和胆囊壁血流障碍;加之胆囊黏膜受到高浓度胆汁酸盐的刺激,急性化脓性胆囊炎会加重感染性休克,甚至死亡。所以,及时、准确的诊断,选择有效的方法,可以提高治愈率,降低病死率,是治疗高龄急性胆囊炎患者的关键所在。对于高龄急性胆囊炎患者,胆囊三角区在长期炎症刺激下充血水

肿,使得手术过程的解剖关系不清,大大增加了手术风险^[12],仅仅是胆囊造瘘术的病死率就高达 6%~20%,而急诊胆囊切除术病死率达 20%~40%^[13]。此外,高龄患者自身器官系统功能及储备能力衰退,组织修复及再生能力减退,常合并多种疾病(如心脏病、肝脏疾病等),并且恶性肿瘤的发生率也大大增加,这些因素都给手术切除胆囊带来困难。研究表明,在对高龄急性胆囊炎患者施行急诊手术切除胆囊后,术后并发症明显增多,病死率也相应增高^[14]。由此看来,治疗高龄急性胆囊炎时,需谨慎选择急诊手术治疗,应积极选择非手术治疗。待胆囊炎症状得以缓解、全身情况稳定后,再考虑是否进一步行腹腔镜下切除胆囊或其他处理。

目前,以 ERCP 技术为载体行 ENGBD 治疗高龄急性化脓性胆囊炎优势明显。早在 1991 年,Tamada 等^[15]就曾报道使用 ENGBD 治疗急性胆囊炎并取得了良好的治疗效果。ENGBD 对于急性胆囊炎患者,特别是高龄患者,是一种安全、及时、有效的微创治疗方法。ENGBD 在胆囊内留置胆囊引流管,可以充分引流,迅速缓解急性胆囊炎的症状并了解胆管的情况,对于不能及时手术的患者提供了一种新的治疗方案,可认为是可选的有效方法,值得广泛关注。

参考文献

- [1] 张建新,王旭青,瞿建国,等.老年人急性非结石性胆囊炎临床特点与外科治疗[J].肝胆胰外科杂志,2000,12(1):32-34.
- [2] 薛春凯.老年急性非结石性胆囊炎并发穿孔 16 例临床分析[J].中国全科医学,2007,10(22):1910-1911.
- [3] 赵国强,赵玉亭,王怀志,等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术适应证的再认识(附 601 例报告)[J].中国内镜杂志,2001,7(5):68-69.
- [4] 沈焱.老年急性重症胆管炎的治疗体会(附 176 例)[J].肝胆外科杂志,2003,11(6):452-454.
- [5] Loberant N,Notes Y,Eitan A,et al. Comparison of early outcome from transperitoneal versus transhepatic percutaneous cholecystostomy[J]. Hepatogastroenterology, 2010, 57(97):12-17.
- [6] 曹予文,李晓勇,周百中,等.老年急性胆囊炎 158 例外科治疗分析[J].中国误诊学杂志,2009,9(18):4432-4433.
- [7] Chopra S,Dodd GD,Mumbower AL,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 cholecystomy[J]. Am J Roentgenol,2001,176(4):1025-1031.
- [8] 王纯正,徐智章.超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001:249.
- [9] Spira RM,Nissan A,Zamir O,et al. Percutaneous transhepatic cholecystostomy and delayed laparoscopic cholecystectomy in critically ill patients with acute calculous cholecystitis[J]. Am J Surg,2002,183(1):62-66.
- [10] 刁红亮,乌尔班,黄先国.65 岁以上急性胆囊炎并胆囊结石患者的临床特点与处理[J].中华全科医师杂志,2006,5(11):684-685.
- [11] 邵成送,滕安宝.高龄急性胆囊炎的外科治疗[J].中国临床保健杂志,2004,7(1):29-30.
- [12] 郭金栋,李昕.老年急性胆囊炎 65 例[J].山东医药,2011,51(26):10.
- [13] Merriam LT,Kanaan SA,Dawes LG,et al. Gangrenous cholecystitis: analysis of risk factors and experience with laparoscopic cholecystectomy [J]. Surgery, 1999, 126(4):680-685.
- [14] 毛登峰,郭建虎,赵丹东.老年急性胆囊炎的手术治疗体会[J].河北医药,2009,31(2):170-171.
- [15] Tamada K,Seki H,Sato K,et al. Efficacy of endoscopic retrograde cholecystoendoprosthesis (ERCCE) for cholecystitis[J]. Endoscopy,1991,23(1):2-3.

收稿日期:2015-03-23