



·论 著·

经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗急性重症胆囊炎老年患者的疗效观察

刘振兴

(沅江市人民医院普外科 湖南沅江 413100)

摘要:目的 本文针对经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗急性重症胆囊炎老年患者的疗效进行了探究。方法 选取了我院2016年1月至2017年6月收治的急性重症胆囊炎老年患者作为本次的研究对象,共有患者十八例,对其进行了分组,其中治疗组患者九例,对其实施了经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗,对照组患者九例,对其实施了急诊腹腔镜胆囊切除术治疗,对两组患者的治疗效果进行了比较。结果 治疗组当中,并发症患者有一例,中转开腹患者有一例;对照组患者当中,并发症患者有七例,中转开腹患者有四例,在并发症发生率、中转开腹率等方面,两组患者存在显著差异。结论 对于急性重症胆囊炎老年患者来见,通过经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗,临床效果显著,值得医学临床上的广泛运用。

关键词: 经皮经肝胆囊穿刺; 腔镜胆囊切除; 急性重症胆囊炎

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187(2017)21-034-02

前言

急性重症胆囊炎是临床上普外科比较多见的一种急腹症,一般是由于胆囊结石造成患者出现胆管梗阻,临床具体表现为腹内阵发性绞痛、腹肌强直等。对于急性重症胆囊炎老年患者病情的治疗,临床上以手术为主,然而,由于老年患者会合并糖尿病等内科疾病,所以,在进行手术方式的选择时,安全、可靠最为适应。本次对经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗急性重症胆囊炎老年患者的疗效进行了探究。选取了我院十八例患者,对其进行了分组,分别进行了经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术和急诊腹腔镜胆囊切除术的治疗,对两组患者的并发症发生率等情况进行了对比,具体详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

为了更好的研究本次课题,选取了我院2016年1月至2017年6月收治的急性重症胆囊炎老年患者作为本次的研究对象,共有患者十八例,对所有的患者实施了CT、超声等检查,被确诊是急性重症胆囊炎。本次研究中,合并器官衰竭性病症、过敏体质患者进行了排除在外,所有的患者同意本次的研究。对其进行了分组,治疗组患者九例,其中七例患者为男性,二例患者为女性,年龄范围在六十五至七十七岁之间;对照组患者为九例,其中四例患者为男性,五例患者为女性,年龄范围在六十六至七十七岁之间;对两组患者的基本资料进行了对比,差异不是很显著[1-2]。

1.2 方法

本次研究当中,治疗组的患者实施了经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术治疗,操作流程:让患者左侧卧位,对患者进行局部麻醉后,在彩超的帮助下进行进针,使用的穿刺针为18G,穿刺针和肝包膜要接近,并且叮嘱患者屏住呼吸,然后在肝组织、胆囊床、穿刺胆囊进行穿刺针,然后将针芯退出,将胆汁吸出后,将导丝置入,沿着导丝在引流导管内进经皮肝穿刺胆道,在胆囊腔内保留3~6 cm的长度,在胆囊中,远端为猪尾状。对泥沙样胆汁进行冲洗时,运用100 ml甲硝唑溶液。然后将脓性胆汁进行引流,送入细菌培养,一个星期引流后对炎症进行控制。患者的腹痛症状好转后,给其开展腹腔镜胆囊切除术,对患者进行全麻,然后通过四孔法将手术完成,对引流管进行常规留置,并且在术后给患者实施抗感染等方面的治疗。对照组的患者实施了急诊腹腔镜胆囊切除术治疗,其操作与治疗组一样。

2 结果

2.1 对比两组患者并发症发生率

本次研究当中,治疗组患者并发症发生率占比是5.13%,对照组患者并发症发生率占比是20.51%,两组并发症发生率方面,治疗组明显低于对照组。见表1。

表1 对比两组患者并发症发生率

组别	例数	并发症/例
治疗组	9	1
对照组	9	7

2.2 对比两组患者的中转开腹率

本次的两组患者当中,治疗组患者共有九例,有一例患者术中转为开腹手术者;对照组患者有九例,有四例患者术中转为开腹手术者;在中转开腹率方面,治疗组明显比对照组低。

3 讨论

一般来讲,急性重症胆囊炎是由于胆管管出现梗阻所致,从而造成胆囊中淤积了一定的胆汁,使得细菌大量的繁衍,最终患者出现黏膜水肿、充血等情况,从而造成急性重症胆囊炎的出现。该疾病主要的临床表现是右上腹疼痛、恶心、呕吐等,最为多见的症状是右上腹疼痛,触及到肿大胆囊的患者占比约为25%,患者会由于疼痛出现骤然屏息的情况。如果胆囊穿孔,会造成患者整个腹部出现炎症,临床症状为感染性休克。目前来讲,对于急性重症胆囊炎患者的病症治疗,以手术治疗为主,能够让患者死亡率一定程度的减少。另外,对于梗阻症状如果能够解除,引流出淤积的胆汁,可以避免感染情况的发生。急性重症胆囊炎老年患者占比居多,该类患者群体本身免疫功能非常差,而且器官功能协调性不理想,如果进行开腹手术是非常不适宜的[3]。

经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术是治疗急性重症胆囊炎的有效方法,作为临床医师必须对其能够熟练的操作,医师在给患者进行此法治疗后,应该给患者实施腔镜胆囊切除术。在治疗期间,经皮经肝胆囊穿刺手术可以帮助患者达到胆道减压的效果,让患者的临床症状得到有效的改善,更对炎症进行了相应的控制,一般是给患者进行局部麻醉后,然后进行手术的操作,不需要给患者进行全麻,该治疗方法创伤小,更防止了手术的风险性。另外,这种治疗方法给胆囊切除术的实施争取了宝贵的时间。对于急性重症胆囊炎老年患者来讲,经皮经肝胆囊穿刺手术对其的病症虽然不能从根本上得到有效的治疗,然而,却能够让患者的并发症发生率和死亡率进一步的降低,使得患者的手术安全性得到了有效的保障。一般来讲,急性重症胆囊炎老年患者实施手术治疗存在一定的困难,如果患者运用经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除治疗方案,能够提升患者的手术成功率。相关数据显示,经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术一般的临床并发症为出血等,在本次研究当中,治疗组的患者实施了经皮经肝胆囊穿刺序贯腔镜胆囊切除术,但是未出现上述的并发症,对该手术的经验进行了总结:(1)医生在给患者实施穿刺前,应该对患者的胆囊形状、大小等方面进行超声的确定,并且对穿刺点能够准确的确定,然后实施穿刺,操作要缓慢;(2)在胆囊床上方、中方1/3部位的交界处,需

(下转第36页)



• 论 著 •

2.4 CK34 β E12 蛋白表达

CK34 β E12 蛋白表达于基底细胞胞浆中, 前列腺癌患者均呈阴性

表达, 良性前列腺增生、前列腺低度上皮内瘤变以及高度上皮内瘤变患者均呈阳性表达或点状断续缺失。见表 4。

表 4 CK34 β E12 蛋白在前列腺病变中的表达(n)

病变类型	例数	CK34 β E12 蛋白			
		阴性	弱阳性	中度阳性	强阳性
前列腺癌	27	27	0	0	0
良性前列腺增生	24	0	0	2	22
高度上皮内瘤变	8	0	1	5	2
低度上皮内瘤变	3	0	1	1	1
合计	62	27	2	8	25

2.5 CK7 蛋白表达

CK7 蛋白表达于移行上皮及卵巢、肺和乳腺上皮的胞浆中, 前列腺癌患者均呈阴性表达。见表 5。

表 5 CK7 蛋白在前列腺病变中的表达(n)

病变类型	例数	CK7 蛋白			
		阴性	弱阳性	中度阳性	强阳性
前列腺癌	27	27	0	0	0
良性前列腺增生	24	24	0	0	0
高度上皮内瘤变	8	8	0	0	0
低度上皮内瘤变	3	3	0	0	0
合计	62	62	0	0	0

3 讨论

近年来, 我国前列腺癌发病率呈现快速增长趋势, 并且由于缺乏早期筛查意识和典型临床表现, 大部分患者就诊时疾病已发生进展, 处于前列腺癌的中晚期, 从而失去手术根治的机会[2]。

对前列腺癌及前列腺病变进行初期诊断及治疗, 是确保疗效、改善患者预后的重要举措。前列腺手术切除及穿刺活检是确诊前列腺癌的重要手段。由于前列腺癌病理诊断需要同时具备肿瘤细胞的生长方式、非典型核型和基底细胞缺乏等多种组织学特征, 至今没有一种单独的病理学特征可以充分而又特异地满足前列腺癌的诊断。前列腺癌诊断时联合使用更客观、更可靠的肿瘤特异性标记物可大大提高诊断与鉴别诊断的准确率[3]。

本研究采用免疫组织化学染色法对前列腺癌患者的 PSA、

P504S、p63、CK34 β E12 及 CK7 蛋白进行联合检测, 结果显示, 这些蛋白均表达于前列腺癌组织中, PSA 具有器官特异性, CK7 表达于移行上皮、卵巢、肺等腺上皮, 具有鉴别诊断意义, 可排除前列腺转移性癌, P504S 属于新型分子标记物, 是诊断前列腺癌的特异性辅助指标, p63、CK34 β E12 主要检测前列腺腺泡基底细胞的存在或缺失, 该 5 种蛋白联合检测对前列腺良恶性病变的诊断和鉴别诊断具有重要意义[4]。

综上所述, PSA、P504S、p63、CK34 β E12 及 CK7 蛋白均可在前列腺癌中表达或不表达, 联合对其进行检测, 可为临床病理诊断提供重要的参考依据。

参考文献:

- [1]汪玉, 冯晓冬, 南进军, 等. P504S 与 p63、34 β E12 联合检测在前列腺穿刺活检标本中的表达及意义[J]. 湖北科技学报(医学版), 2016, 30(2):113-115.
- [2]李艳菊, 张春莉, 杨彦玲, 等. TMPRSS2-ERG、P504S、P63 和 34 β E12 在前列腺癌中表达与临床意义[J]. 延安大学学报: 医学科学版, 2017, 15(2):236-237.
- [3]黄洪欣, 辛志峰, 姜长青. P504S 与 p63、34 β E12、PSA 联合检测在前列腺良恶性病变中的表达及应用价值. 中外健康文摘, 2013(4):69-70.
- [4]黄丽娟. 新疆库尔勒地区 P504S/P63/34 β E12 联合检测在前列腺癌穿刺标本中的应用情况及价值分析[J]. 医学信息, 2015(23):46-47.

(上接第 34 页)

要将导管穿刺点进行对准, 因为这些位置的脂肪组织比较多, 穿刺路径上没有较大的结构等, 所以, 在穿刺时超过 2 cm 的肝组织是可以得到保证的, 这样能够让气胸、胆瘘等并发症进一步的降低; (3)医生在进行手术操作时, 对于患者的腹腔是要避免的, 这样可以防止出血现象的发生。另外, 将穿刺、置管完成后, 应该将胆汁一次性抽干干净, 防止胆汁出现渗漏现象, 从而造成炎症的发生; (4)胆囊总引流管应该保持适宜的长度, 如果太长很容易造成弯折, 太短很容易出现脱出的现象, 从而不利于引流[4]。

结束语:

本次研究当中, 治疗组的患者实施了经皮经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术, 和对照组相比, 在并发症发生率、住院时间方面, 治疗组明显比对照组低, 这表示经皮经肝胆囊穿刺序贯腹腔镜胆囊切除术临

床效果非常显著, 十分的安全性。

参考文献:

- [1]张钊. 经皮经肝胆囊穿刺造瘘术治疗老年急性重症胆囊炎临床价值研究[J]. 肝胆胰外科杂志, 2016, 27(5): 421-423.
- [2]王成虎, 陈君, 张应贵, 等. 经皮经肝胆囊穿刺造瘘术治疗老年重症结石性胆囊炎的临床疗效[J]. 中国老年学杂志, 2016, 35(23): 12-90.
- [3]胡逸人, 潘江华, 王奕, 等. PTGD 与腹腔镜胆囊切除术微创治疗高危急性胆囊炎疗效分析[J]. 浙江医学, 2017, 34(6): 240-273.
- [4]肖卫星, 周海军, 陈炳荣, 等. PTGD 序贯 LC 联合治疗老年高危急性胆囊炎[J]. 肝胆胰外科杂志, 2017, 27(3): 226-228.