

[3] 张迎, 李小妹. 中国社区高血压管理现状[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(6): 506-507.

[4] 姜峰, 张虹. 高血压社区管理的现状及进展[J]. 国际心血管病杂志, 2015, 42(3): 172-174.

[5] 邱宝华, 黄蛟灵, 梁鸿, 等. 家庭医生签约服务利用与满意度的比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 31-36.

[6] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2010 年修订版)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(12): 1-15.

[7] 王文, 隋辉, 陈伟伟, 等. 中国高血压防治工作的进步与展望[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(1): 5-6.

[8] 宋秀玲, 王晔. 高血压的预防与控制[J]. 华南预防医学,

2015, 41(3): 287-290.

[9] 孙宁玲. 2015 年高血压防治的挑战和对策[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(4): 279-281.

[10] 吕明忠, 胡珺珺, 杨铭柳. 家庭医生签约服务模式在社区慢性病高危人群中的干预效果[J]. 中国乡村医药, 2017, 24(2): 63-64.

[11] 彭磊, 曾国庆. 家庭医生签约式服务对患者健康管理的效果分析[J]. 上海医药, 2016, 37(14): 52-54.

[12] 江萍, 徐蕾, 赵琦, 等. 上海市长宁区家庭医生签约服务实践的思考[J]. 中华全科医师杂志, 2016, 15(8): 594-598.

(收稿日期: 2019-02-25 修回日期: 2019-05-22)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 22. 039

ERCP 诊断和治疗 1 例腹腔镜胆囊切除术后胆漏及隐匿性胆总管结石

潘 刚¹, 龚建平², 熊 彬^{2△}

1. 重庆市涪陵区人民医院外一科, 重庆 408000; 2. 重庆医科大学附属第二医院肝胆外科, 重庆 400010

摘要:目的 探讨内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)在腹腔镜胆囊切除术后胆漏及隐匿性胆总管结石诊断和治疗中的应用价值。方法 患者为 85 岁女性, 因“上腹疼痛 1 月余, 复发加重 2 d”入院。患者 1 个月前在某院(简称外院)诊断为胆囊结石伴胆囊炎, 并行了腹腔镜胆囊切除术。术后患者一直有上腹隐痛症状, 2 d 前腹痛加重伴呕吐。外院治疗后腹痛无明显好转, 转入重庆医科大学附属第二医院。入院后完善磁共振胰胆管成像(MRCP)等相关检查, 初步诊断:(1)急性胰腺炎;(2)胆囊切除术后胆囊积液: 感染? 出血? 胆漏? 故拟行 ERCP 进一步检查、治疗。结果 ERCP 术中造影提示造影剂外溢, 考虑胆漏。术中胆道造影未见明显充盈缺损, 但取石球囊刮出直径 0.4 cm 的黄色质软结石 1 枚, 术中安置鼻胆管 1 根。术后诊断:(1)急性胆源性胰腺炎;(2)胆总管结石;(3)胆囊切除术后胆漏。术后患者腹痛症状明显减轻, 1 周后复查 MRCP 见胆囊窝积液明显减少, 术后 8 d 拔除鼻胆管, 术后 9 d 出院。结论 ERCP 在诊断及治疗腹腔镜胆囊切除术后发生的胆漏具有明显的优势, 并能诊断及治疗隐匿性胆总管结石。

关键词: 内镜逆行性胰胆管造影术; 胆漏; 胆总管结石

中图分类号: R604

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)22-3357-04

目前外科的发展趋势为精准治疗和微创治疗, 内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)在肝胆胰疾病的治疗中发挥了越来越重要的作用, 并可替代部分传统外科手术。目前我国 ERCP 的插管成功率为 95%, 已达到国际先进水平。ERCP 在清除肝外胆管结石、缓解梗阻性黄疸等方面的疗效、安全性已被广泛认可, 已经成为诊断和治疗胆胰系统疾病的重要手段^[1]。因 ERCP 是一项有创操作, 其在诊断肝胆胰疾病方面逐渐被磁共振胰胆管成像(MRCP)取代。但是对于一些特殊类型的胆胰系统疾病的诊断, ERCP 仍有不可替代的优势。本文就 1 例腹腔镜胆囊切除术后不典型胆漏及隐匿性胆总管结石的诊断和治疗经过进行总结, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者, 女, 85 岁, 因“上腹疼痛 1 月余, 复发加重 2 d”入院。患者 1 个月前因腹痛在某院(简称外院)住院治疗, 诊断为胆囊结石伴急性胆囊

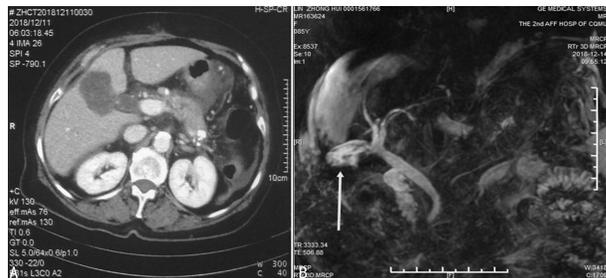
炎, 并行腹腔镜胆囊切除术。术后患者上腹一直有隐痛症状, 无畏寒、发热。2 d 前患者腹痛加重, 并伴呕吐。再次在外院住院治疗, 并诊断为急性胰腺炎、胆囊窝积液。在外院治疗后腹痛症状无明显好转遂转入重庆医科大学附属第二医院。入院时查体: 生命体征正常, 全身皮肤巩膜无黄染。腹平坦, 腹软, 中上腹及右上腹压痛, 无反跳痛及肌紧张。腹部未触及包块, 肠鸣音正常, 移动性浊音阴性, 肝区叩痛阳性。

1.2 实验室检查 患者入院前 2 d 外院肝功能结果: 丙氨酸氨基转移酶(ALT)401 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶(AST)736 U/L, 总胆红素 55.7 μmol/L, 直接胆红素 38.2 μmol/L, 血淀粉酶 703 U/L。入院后血常规检测结果: 血红蛋白(Hb)98 g/L, 红细胞计数(RBC)3.06 × 10¹²/L, 白细胞计数(WBC)15.51 × 10⁹/L, 中性粒细胞百分比 87.1%, 血小板计数 183 × 10⁹/L。降钙素原: 2.48 ng/mL。生化指标结果: 钾 3.08 mmol/L, 钠 126.7 mmol/L, 氯 90.2 mmol/L,

△ 通信作者, E-mail: 752985515@qq.com.

尿素 3.99 mmol/L,肌酐 54.6 μmol/L,葡萄糖 14.58 mmol/L。肝功能复查:清蛋白 26.0 g/L,ALT 88 U/L,AST 26 U/L,碱性磷酸酶 135 U/L,γ-谷氨酰转氨酶 168 U/L,总胆红素 22.9 μmol/L,直接胆红素 15.8 μmol/L,血淀粉酶 47 U/L,尿淀粉酶 93 U/L。肿瘤标志物:糖类抗原-12 585.9 U/mL,糖类抗原-199 150.8 U/mL,癌胚抗原 1.96 ng/mL。

1.3 术前影像资料 患者 2 d 前在外院行腹部增强 CT 检查(图 1A),结果提示:(1)胆囊未见显示;(2)胆囊窝见团状低密度影,边缘轻度强化,包裹性积液伴感染或脓肿?伴肝内外胆管扩张、炎症;(3)腹腔少量积液。入重庆医科大学附属第二医院后完善 MRCP 检查(图 1B),结果提示:(1)胰腺肿胀,胰腺周围见散在絮状积液影,考虑急性胰腺炎;(2)胆囊区域团片状异常信号,性质待定,可能为包裹性积液,不排除合并感染;(3)肝间质性水肿。

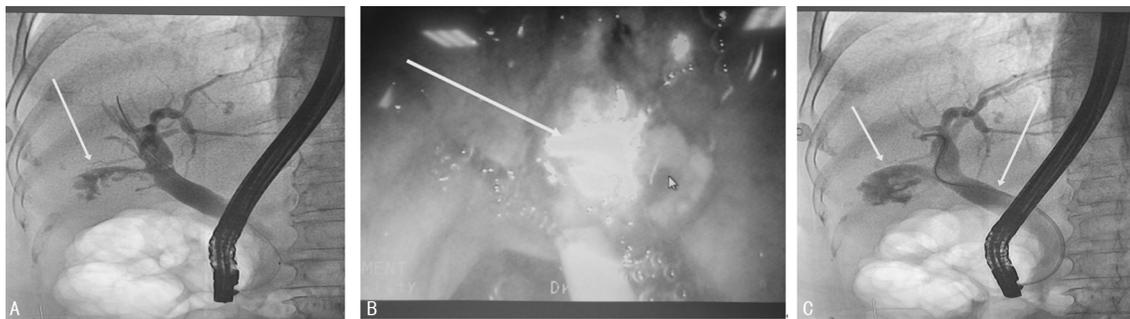


注:A为患者外院 CT 检查结果,提示胆囊窝积液,密度不均;B为 MRCP 检查结果,提示胆囊窝积液,胆管形态连续,其内未见充盈缺损影

图 1 患者 CT 和 MRCP 影像学结果

1.4 术前评估 入院后初步诊断:(1)急性胰腺炎;(2)胆囊切除术后胆囊积液,考虑为感染、出血或胆漏。患者入院后给予禁食、抗感染、抑酸、抑制胰酶分泌、补液等对症治疗,腹痛症状明显缓解。查体时患者上腹压痛减轻,但右上腹压痛仍明显,肝区叩痛阳性。因患者胆囊窝积液性质不明,结合 1 个月前有腹腔镜胆囊切除术史,术后出血、感染性积液均有可能,不能排除胆囊切除术后胆漏。加之在本次入院前有黄疸史,故拟行 ERCP 检查及治疗。

1.5 术中情况及手术方法 患者口服二甲硅油及丁卡因胶浆,并予肌肉注射盐酸哌替啶 50 mg 后在局部麻醉下行 ERCP。进镜顺利,进入十二指肠后,见十二指肠乳头位于十二指肠降段内侧壁,稍水肿,开口欠佳,胆汁流出欠通畅。逆行插管困难,十二指肠乳头预切开结合双导丝法占据胰管。以弓刀配合导丝插管至胆总管,注入造影剂(稀释碘海醇),见肝外胆管稍扩张,肝胆管未见明显充盈缺损影。动态观察造影剂注入情况,可见肝总管处造影剂溢出,考虑胆漏。以胆道扩张球囊扩张十二指肠乳头,再将取石球囊从肝总管向下进行清扫,取出 1 枚直径 0.4 cm 的黄色结石。再将球囊置入肠道进行清扫并造影,未见残余结石。术中安置鼻胆管 1 根,上端置于右肝管。检查局部无出血,顺利退镜,术毕。术后诊断:(1)急性胆源性胰腺炎;(2)胆总管结石;(3)胆囊切除术后胆漏。见图 2。



注:A为外漏的造影剂;B为黄色胆总管结石 1 枚;C为外漏的造影剂及留置的鼻胆管

图 2 ERCP 术中相关影像

2 结 果

术后予患者抗感染、抑酸、补液及对症治疗,术后禁食 24 h,患者无明显腹痛、发热、呕吐等症状,术后第 1 天复查血常规,结果显示:Hb 86 g/L,RBC $2.76 \times 10^{12}/L$,WBC $9.84 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 76.0%,血小板计数 $220 \times 10^9/L$ 。降钙素原:0.477 ng/mL。肝功能:清蛋白 29.2 g/L,ALT 79 U/L,AST 99 U/L,碱性磷酸酶 216 U/L,γ-谷氨酰转氨酶 342 U/L,总胆红素 20.6 μmol/L,直接胆红素 13.1 μmol/L,血淀粉酶 68 U/L。术后 24 h 嘱患者逐步进食流质饮食。术后患者腹痛症状明显减轻,进食较好,逐步开始下地活动。

鼻胆管通畅,每日约引流出草绿色胆汁 200 mL。术后 1 周复查 MRCP(图 3)见胆囊窝积液明显减少,胰腺周围渗出较之前有所吸收。术后 1 周复查血常规提示:Hb 80 g/L,RBC $2.61 \times 10^{12}/L$,WBC $4.84 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 58.1%,血小板计数 $282 \times 10^9/L$ 。降钙素原:0.114 ng/mL。肝功能:清蛋白 33.6 g/L,ALT 38 U/L,AST 34 U/L,碱性磷酸酶 137 U/L,γ-谷氨酰转氨酶 160 U/L,总胆红素 12.5 μmol/L,直接胆红素 8.4 μmol/L。术后 8 d 拔除鼻胆管,术后 9 d 出院。出院时情况:患者一般情况良好,进食情况良好,肛门排气排便正常,未诉腹痛、腹

胀及其他不适。查体:生命体征正常,全身皮肤巩膜无黄染。腹平坦,腹软,全腹无明显压痛,无反跳痛及肌紧张。肠鸣音正常,移动性浊音阴性,肝区叩痛阴性。

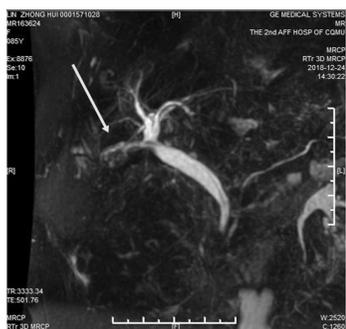


图 3 术后复查 MRCP 结果

3 讨 论

随着微创技术的发展和医疗设备的不断更新,腹腔镜胆囊切除术在我国各级医院广泛开展,目前已成胆囊结石合并胆囊炎、胆囊息肉的首选治疗方案。尽管该技术比较成熟,但仍无法完全避免胆道损伤。有研究报道,腹腔镜胆囊切除术后胆道损伤的发生率为 0.3%~0.6%^[2-4]。目前医源性胆道损伤的分型有很多种,根据损伤结果的不同可分为胆漏型胆道损伤和狭窄型胆道损伤。胆漏是常见的一种胆道损伤,国外一项临床研究报告,对胆囊切除术后怀疑胆道损伤的患者行 ERCP 发现,64.2%的患者存在胆漏^[5]。

胆漏作为腹腔镜胆囊切除术的常见并发症,具有隐匿性和迟发性的特点,往往在术中不能明确诊断,在术后数天起病。部分漏出液较少、症状不典型的患者甚至可能在术后数十天起病。单纯性胆漏患者主要表现为腹痛、发热等腹腔感染症状,查体可有腹部压痛、反跳痛及肌紧张等腹膜炎体征。胆汁漏出量少、炎症局限的患者症状和腹膜炎体征可不典型,易漏诊。部分症状不典型的患者仅在 B 超或 CT 或 MRI 检查时提示胆囊窝局限性积液,与腹腔出血、腹腔炎性渗液难以区分。对于此类患者,ERCP 在诊断上具有明显优势。它不仅可以提供精确、直观的影像学图像,清晰、客观地显示胆胰管的形态,还可以通过患者的体位变动来了解胆胰管的通畅情况,并且不受呼吸活动的影响。ERCP 可在注入造影剂后动态、连续地观察胆道,可明确有无胆道损伤,并可了解胆道的损伤类型,指导下一步治疗方案,对胆道损伤的患者有重要的价值。

胆漏的治疗原则是通畅引流,包括腹腔引流和胆道引流。腹腔引流主要是通过腹腔穿刺,引流出腹腔内积聚的胆汁;胆道引流主要目的是降低胆道压力,减少胆汁的持续漏出,从而使腹腔内漏出的胆汁更易吸收,腹腔的感染更易控制。ERCP 不仅可以在胆道注入造影剂后判断胆漏位置及胆漏的程度,还可以根据胆漏的类型进行相应的治疗。单纯的胆漏型胆道

损伤可在胆道有效引流后 2~8 d 内痊愈^[6]。对于胆漏合并胆道缺损、胆道狭窄的患者,给予内镜鼻胆管引流(ENBD)或内镜胆道内引流(ERBD)可取得良好的效果,大部分患者可痊愈进而避免再次开腹手术,从而将创伤降至最小^[7-8]。对于胆汁漏出量较大的患者,往往存在胆道狭窄或胆总管下端结石,仅仅给予腹腔穿刺引流难以获得良好的效果,需要行 ERCP 解除梗阻及减轻胆道内压力。而对于一些腹腔内胆汁积聚不多,穿刺引流困难的患者,往往仅通过 ERCP 减轻胆道内压力后,患者即可恢复。相关研究结果表明,胆漏型胆管损伤是 ERCP 的最佳适应证,有效率达 100.0%^[9],采用十二指肠镜下乳头括约肌切开术(EST)和胆道塑料支架置入的成功率为 92.4%^[5]。

ERCP 是肝胆胰疾病中一项非常重要的微创诊疗操作,它既有诊断作用,又能起到治疗作用。ERCP 在肝胆胰疾病中的诊断价值仍不能被 MRCP 完全取代,与 MRCP 相比,ERCP 具有以下优势:(1)ERCP 可通过十二指肠镜检了解十二指肠及十二指肠乳头情况,必要时可通过取组织进行病理检查以明确诊断。(2)ERCP 可通过注入造影剂后清晰、客观地显示胆胰管的形态,并通过体位变动了解胆胰管的异常病变情况,且不受呼吸活动的影响。(3)ERCP 可在注入造影剂后动态、连续地观察胆道,可明确有无胆道损伤。对于一些不复杂的胆道损伤,可通过 ERCP 行支架置入或者鼻胆管引流起到治疗作用。(4)MRCP 对于直径大于 1 cm 的胆总管结石诊断正确率可达 100%,但对于胆道微结石(直径<3 mm)的患者,诊断却十分困难,易存在假阴性的情况^[10],导致胆总管结石的漏诊。虽然 ERCP 在行胆道造影时对于胆道小结石仍无法观察到明显的充盈缺损影,但可通过胆道取石球囊的拖刮取出胆道内的小结石,起到治疗的作用。

参考文献

- [1] 李鹏,王拥军,王文海. ERCP 诊治指南(2018 版)[J]. 中国实用内科杂志,2018,38(11):1041-1072.
- [2] TANTIA O, JAIN M, KHANNA S, et al. Iatrogenic biliary injury: 13 305 cholecystectomies experienced by a single surgical team over more than 13 years[J]. Surg Endosc, 2008, 22(4): 1077-1086.
- [3] MARTIN D, ULDRY E, DEMARTINES N, et al. Bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy: 11-year experience in a tertiary center[J]. Biosci Trends, 2016, 19, 10(3): 197-201.
- [4] PAWA S, AL-KAWAS F H. ERCP in the management of biliary complications after cholecystectomy[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2009, 11(2): 160-166.
- [5] KIM K H, KIM T N. Endoscopic management of bile leakage after cholecystectomy: a single-center experience for 12 years[J]. Clin Endosc, 2014, 47(3): 248-253.
- [6] ADLER D G, PAPACHRISTOU G I, TAYLOR L J, et

al. Clinical outcomes in patients with bile leaks treated via ERCP with regard to the timing of ERCP: a large multicenter study[J]. *Gastrointest Endosc*, 2017, 85(4): 766-772.

[7] ADUNAM M, LARENA J A, MARTIN D. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP[J]. *Abdom Imaging*, 2005, 30(4): 480-487.

[8] PAWAR V, SONTHALIA N, PAWAR S, et al. Successful endoscopic management of bile leak: A single-center experience[J]. *J Diges Endos*, 2017, 8(4): 170-175.

[9] 张辉, 周文策, 李汛, 等. ERCP 在医源性胆管损伤中的治疗价值(附 117 例报告)[J]. *中国实用外科杂志*, 2017, 37(11): 1276-1280.

[10] BRAY M S, BORGERT A J, FOLKERS M E, et al. Outcome and management of endoscopic retrograde cholangiopancreatography perforations: a community perspective[J]. *Am J Surg*, 2017, 214(1): 69-73.

(收稿日期: 2019-03-06 修回日期: 2019-06-12)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.040

快速康复护理联合营养支持对老年食管癌患者术后恢复的效果

陈玉霞¹, 蒋红娟^{2△}

陕西省核工业 215 医院: 1. 胸心外科; 2. 静配中心, 陕西咸阳 712000

摘要:目的 探讨快速康复护理联合营养支持对老年食管癌患者术后恢复的效果。方法 选取 2016 年 8 月至 2018 年 10 月于该院就诊的 60 例老年食管癌患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 30 例。对照组患者给予常规护理, 观察组患者采用快速康复护理联合营养支持进行干预。对两组患者术后的恢复指标、并发症发生情况、手术前后体液免疫指标[免疫球蛋白 M(IgM)、免疫球蛋白 A(IgA)、免疫球蛋白 G(IgG)]水平、手术前后炎症因子[白细胞介素(IL)-6、IL-8 及 IL-10]水平、手术前后营养指标[血清清蛋白(ALB)、前清蛋白(PA)、转铁蛋白(Tf)]水平进行比较。结果 观察组患者术后各项恢复指标优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者术后发热和肠梗阻的发生率显著低于对照组($P < 0.05$)。术后, 观察组患者 IgM 和 IgA 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后, 观察组 IL-6 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后观察组患者 ALB、PA、Tf 水平高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速康复护理联合营养支持能够显著缩短食管癌患者术后恢复时间, 减少术后并发症的发生率, 提高机体营养指标水平。

关键词:快速康复; 营养支持; 食管癌

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3360-03

快速康复理念是指通过优化传统围术期干预措施, 达到减轻机体应激反应, 促使患者加速康复的一种理念^[1]。快速康复护理是快速康复理念指导下的临床护理技术。食管癌是一种临床常见的消化道肿瘤, 典型的症状为进行性吞咽困难, 最开始是很难咽下干的食物, 随后是半流质食物, 最后不能咽下水和唾液。患者逐渐营养不良、消瘦、脱水。目前手术治疗是食管癌治疗的首选方案, 但外科手术会破坏食管下括约肌及食管膈裂孔等结构, 致使患者胃肠功能紊乱, 预后不良, 严重影响患者的生活质量^[2]。因此, 应用快速康复护理对患者术后的快速康复具有重要意义。同时, 大多食管癌患者存在营养不良的问题, 严重影响术后的恢复。而术后给予患者积极的营养支持有利于患者术后快速恢复健康。基于此, 本研究对本院 30 例老年食管癌患者采用快速康复外科护理措施联合营养支持, 观察患者术后恢复情况, 并与采用传统护理措施患者的恢复指标进行对比, 以期老年

食管癌患者的术后康复护理工作提供新的思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 8 月至 2018 年 10 月于本院就诊的 60 例行胸腔镜食管癌根治术的老年食管癌患者作为研究对象, 采用随机数字表法将这些患者分为对照组与观察组, 每组 30 例。对照组男 18 例, 女 12 例; 年龄 65~80 岁, 平均(75.2±3.2)岁。观察组中男 20 例, 女 10 例; 年龄 66~81 岁, 平均(74.8±3.1)岁。纳入标准: 所有患者经过胸腔镜检查、病理活检确诊, 且符合胸腔镜食管癌根治术的手术指征。排除标准: 严重免疫系统疾病; 重要脏器严重疾病; 糖尿病、肾功能不全、心脏病等疾病; 有精神病史。本研究经本院医学伦理委员会批准且参与研究的患者均签署了知情同意书。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组患者给予传统围术期护理措施。

△ 通信作者, E-mail: 18629201082@qq.com。