

急性梗阻化脓性胆管炎采用超声引导 PTCD 治疗的效果分析

毕肇鹏

民勤县人民医院 733399

〔摘要〕目的 探讨急性梗阻化脓性胆管炎采用超声引导 PTCD 治疗的效果。方法 观察本院 2020 年 9 月至 2021 年 10 月期间接收的 82 例急性梗阻化脓性胆管炎患者,随机分为对照组与观察组各 41 例,对照组运用常规治疗,观察组运用超声引导 PTCD 治疗,分析不同治疗后的患者并发症、存活率、手术指标差异。结果 在患者手术时间、手术出血量、留置引流管时间、住院时间等指标上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义 ($p < 0.05$);在并发症发生率上,观察组 4.88%,对照组 21.95%,对比有统计学意义 ($p < 0.05$);患者存活率上,观察组 97.56%,对照组 78.05%,对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 急性梗阻化脓性胆管炎采用超声引导 PTCD 治疗,可以有效地加快治疗恢复速度,提升患者存活率,减少并发症,整体治疗恢复情况更好。

〔关键词〕急性梗阻化脓性胆管炎;超声引导 PTCD;治疗效果

〔中图分类号〕R657.45 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 01-001-02

急性梗阻化脓性胆管炎(AOSC)患者会表现出黄疸、休克、高热、腹痛等疾病症状,病死率约为 13% 至 88%,如果确诊为 AOSC,需要及时做好引流来减少胆管内压力^[1]。一般传统方式多运用开腹手术治疗,但是手术创伤大,有较高的并发症与病死率。通过超声引导 PTCD 治疗,在一定程度上可以发挥微创治疗效果。通过影像辅助,进行经皮经肝穿刺来放置导管在胆道中,改善胆道梗阻,由此来促使胆道减压。本文采集 82 例急性梗阻化脓性胆管炎患者,分析运用超声引导 PTCD 治疗后的患者并发症、存活率、手术指标差异,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2020 年 9 月至 2021 年 10 月期间接收的 82 例急性梗阻化脓性胆管炎患者,随机分为对照组与观察组各 41 例。对照组中,男 23 例,女 18 例;年龄从 24 岁至 78 岁,平均 (53.28 ± 8.14) 岁;合并高血压者 21 例,糖尿病为 16 例,冠心病为 9 例;观察组中,男 26 例,女 15 例;年龄从 23 岁至 77 岁,平均 (54.17 ± 6.65) 岁;合并高血压者 19 例,糖尿病为 13 例,冠心病为 7 例;两组患者的基本年龄、性别、病情等信息上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规开腹治疗,开展胆管切开配合 T 管引流术。观察组运用超声引导 PTCD 治疗。辅助患者保持平卧位或者左侧卧位,做好常规消毒铺巾,通过多普勒彩超来进行肝内胆管的探及与扩张。针对腋中线第 7-9 肋间或者剑突下做穿刺点,肋骨上缘进行 2% 利多卡因麻醉处理,体外采用穿刺针朝着第 11 肋骨,保持 10° 至 20° 的水平夹角,进行针管穿刺,而后再退针中间对比剂注射,做好胆管显影,对梗阻区域做确定。采用 4mm 以上直径且相对较直的肝内胆管进行靶胆管操作,同时对其周围血管走行做有效判断,通过超声全程引导来辅助穿刺针通过切口进入到靶胆管,额而后在介入交换技术下进行 8.5F 引流管植入到胆管内,再将针芯取出,有胆汁流出。将导丝置入,并且顺着导丝让深静脉置管道胆管腔中,让其固定在胆管内,而后再将导丝撤出,了解引流管状况,保持引流畅通之后,将其固定在皮肤,做好引流管连通,保持畅通引流。

1.3 评估观察

分析不同治疗后的患者并发症、存活率、手术指标差异。手术指标主要集中在手术时间、手术出血量、留置引流管时间、住院时间等指标。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理,计数资料使用 $n(\%)$ 表示,采用卡方检验,计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者手术指标情况

见表 1,在患者手术时间、手术出血量、留置引流管时间、住院时间等指标上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1 各组患者手术指标结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	留置引流管 时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	88.42 ± 5.09	27.85 ± 3.41	8.97 ± 1.14	9.84 ± 1.47
对照组	116.52 ± 6.47	39.08 ± 5.15	13.02 ± 2.65	18.24 ± 3.42

注:两组对比, $p < 0.05$

2.2 患者治疗并发症、存活率情况

见表 2 所示,在并发症发生率上,观察组 4.88%,对照组 21.95%,对比有统计学意义 ($p < 0.05$);患者存活率上,观察组 97.56%,对照组 78.05%,对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2 患者治疗并发症、存活率评估结果 $[n(\%)]$

分组	n	并发症发生率	存活率
观察组	41	2 (4.88)	40 (97.56)
对照组	41	9 (21.95)	32 (78.05)

注:两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

急性梗阻化脓性胆管炎疾病主要是由于肝内以及肝外胆管等因素导致的急性梗阻,进而引发胆管感染问题^[2],会引发胆管内压快速升高,进而损害肝胆血屏障,会引发肝胆系统功能受损,同时也会引发较多的细菌与内毒素到血液中,导致胆源性内毒素血症,进而引发感染性休克、多器官衰竭

(下转第 4 页)

自我认同感和康复的信心,给予礼物奖励更是强化患者的自豪感^[15],同时,也能激励其他的患者更加努力配合训练。急性脑卒中吞咽障碍患者的神经功能受损、自理能力降低,生活需依赖他人的帮助^[16-17],在康复训练中关注其情绪变化,并主动沟通疏导,是避免其自尊心过强、产生抵抗心理的有效措施,从而提高其训练配合度。

3.3 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可改善急性脑卒中吞咽障碍患者的吞咽功能

本研究结果发现,观察组患者吞咽功能改善总有效率高于对照组,说明摄食-吞咽培训配合激励式心理干预对于急性脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的改善作用更加显著。首先该组患者心理痛苦的降低以及锻炼配合度的提高是该组患者吞咽功能显著改善的重要原因,此外激励式心理干预可改善患者的心理状态,有助于提高治疗效果,联合摄食-吞咽培训能提高培训训练效果,改善患者预后。

3.4 摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可改善急性脑卒中吞咽障碍患者的营养状态、降低不良事件发生率

吞咽障碍患者进食困难,患者所存在的心理障碍也会影响其进食欲望。当机体长期热量不足,精神不振,易出现营养不良状况^[18],血液 ALB 降低,不仅会造成抗应激能力弱,还会增加机体并发多种并发症。同时,Hb 是输送养分的重要蛋白,与机体各器官组织氧气、营养物质的供应情况存在高度相关性,因此其浓度与机体的营养状态也呈正相关。本研究结果发现,观察在患者护理后 ALB、水平均较对照组显著升高,说明摄食-吞咽培训配合激励式心理干预还能显著改善患者的营养状况、提高患者机体免疫力,本研究中观察组患者不良事件发生率低于对照组也可能与此有关。

综上所述,摄食-吞咽培训配合激励式心理干预可显著提高急性脑卒中吞咽障碍患者锻炼依从性,降低其心理痛苦指数,改善吞咽功能、降低不良事件的发生率,值得在临床护理中推广应用。

【参考文献】

- [1] 宗敏茹,庞灵,郑兰娥,等.间歇性管饲结合吞咽训练治疗脑卒中气管切开后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(12):925-927.
- [2] 吕孟莉,柳俊杰,王艳冬.首发脑卒中患者吞咽障碍居家饮食护理方案的制订及应用[J].中华护理杂志,2019,54(7):975-981.
- [3] 谢振英,陈玉娟.跨理论模型联合链式护理对脑卒中吞咽障碍患者营养状态的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(24):4543-4545.

[4] 方杰,张亚琴,姚依吟,等.改变食物形态配合吞咽训练干预对脑卒中吞咽障碍患者误吸发生率,营养状态及免疫功能的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3928-3931.

[5] 管文娟,陈霞,胡伟,等.过程指标在急性脑卒中吞咽障碍患者早期康复中的应用价值[J].安徽医学,2020,41(5):96-99.

[6] 刘军,刘艳.激励式心理护理对孕妇自然分娩率、自我管理能力及母婴结局的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(8):1411-1413.

[7] 藤岛一郎.假性球麻痹に対する咽下障害リハビリテーション[J].神经内科,1997,47(1):32-39.

[8] 张叶宁.心理痛苦温度计中文版在中国癌症患者中应用的信度和效度研究[D].北京:北京大学临床肿瘤学院,2010.

[9] 张萍,莫霖,李霞,等.认知行为疗法对化疗癌症患儿治疗依从性及免疫功能的影响[J].重庆医科大学学报,2019,44(2):221-226.

[10] 秦延京,王亮,李巍,等.基于食物形态调整的摄食训练改善脑卒中后吞咽障碍的效果研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(4):509-513.

[11] 王爱霞,刘延锦,董小方,等.间歇经口管饲法对脑卒中吞咽障碍患者舒适度及吞咽功能的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(3):305-309.

[12] 高佳秀,周鸿飞.项丛刺疗法结合吞咽功能训练治疗脑卒中吞咽障碍疗效观察[J].中国针灸,2020,40(6):586-590.

[13] 陈秀芳,王朝军,相松飞,等.团队式延续性护理对脑卒中吞咽功能障碍患者预后的影响[J].中华全科医学,2020,18(1):164-166,170.

[14] 蒋彦彦.激励式心理干预联合中药塌渍对带状疱疹后遗神经痛患者症状改善,睡眠质量及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3932-3935.

[15] 陈丽萍,刘荣华.激励式心理干预配合放松训练在引产患者中的效果[J].中国医药导报,2019,16(26):168-171.

[16] 居磊磊,金星,孟兆祥,等.镜像疗法引导的运动想象训练治疗急性期脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(9):671-673.

[17] 李苑媚,何任红,陈玉美,等.脑卒中急性期病人吞咽功能状况分析[J].护理研究,2020,34(9):1644-1645.

[18] 杨江胜,朱祖福,沈丽萍,等.急性脑卒中伴吞咽障碍患者不同时期肠内营养支持的疗效比较[J].实用医学杂志,2019,035(019):3053-3056.

(上接第 1 页)

以及死亡等问题^[3]。一般治疗中多采用开腹手术干预,在胆管切开与 T 管引流术的配合下,将胆管内结石做有效清理,同时进行引流^[4]。但是手术创伤较大,容易引发多种操作困难。而通过超声引导下的 PTCD 手术,属于相对微创的治疗方法。通过超声引导穿刺,可以更快地改善胆道梗阻等疾病症状,保持通畅的引流,有关感染症状也会得到快速的改善。该手术方式操作相对简单,减少了手术时间,降低手术出血量,同时手术创伤相对较小,疾病改善更为迅速,手术治疗恢复也快。

总而言之,急性梗阻化脓性胆管炎采用超声引导 PTCD 治疗,可以有效地加快治疗恢复速度,提升患者存活率,减少

并发症,整体治疗恢复情况更好。

【参考文献】

- [1] 易凡.ERCP 在急性梗阻性化脓性胆管炎治疗中的临床应用效果[J].当代医学,2021,27(32):168-169.
- [2] 孙晓萌,王国兴.血清钙水平与急性梗阻性化脓性胆管炎疾病严重程度的相关性[J].中国医师杂志,2021,23(10):1448-1451,1456.
- [3] 朱昱,莫卫东.微创技术在急性梗阻性化脓性胆管炎治疗中的应用[J].国际外科学杂志,2021,48(10):690-694.
- [4] 杜紫雷.CT 引导下经皮经肝胆管穿刺引流术对急性梗阻性化脓性胆管炎患者的临床应用研究[J].中国医学工程,2021,29(08):123-125.