

文章编号:1005-6947(2004)02-0133-03

· 简要论著 ·

多种治疗方法在肝内胆管结石中的联合应用

李军, 王学志, 张辉, 陈泉宁

(上海市长宁区中心医院 肝胆外科, 上海 200336)

摘要: 回顾性分析单纯手术(A组)与多种治疗方法联合(B组)两种治疗模式治疗肝内胆管结石的疗效。B组患者在术后恢复、残余结石方面均优于A组。提示多种治疗方法治疗肝内胆管结石具有手术创伤小,取石率高,残余结石率低的优点,值得推广。

关键词: 胆结石/治疗; 胆管, 肝内

中图分类号: R575.62; R322.47

文献标识码: B

肝内胆管结石是胆道外科的常见病。单纯手术,即使选用复杂的各种内引流手术、肝叶切除术、肝胆管成形手术等,有时也难收到满意疗效。笔者对不同病情的肝内胆管结石患者采用多种治疗方法联合治疗,即:术前采用十二指肠镜(ERCP, ENBD, 球囊取石)准确了解胆道病变并取出肝门部胆管结石,术中应用纤维胆道镜技术取石并结合常规手术(包括各种胆管扩张术或成形术、肝叶切除等),术后应用纤维胆道镜经T管窦道取残余结石,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1998年4月~2002年4月收治肝内胆管结石90例,分A、B两组。A组共48例,为1998年4月~1999年12月收治的患者,采用单纯手术治疗;B组42例,为2000年1月~2002年4月收治的患者,采用多种治疗方法治疗。两组临床资料见表1。

1.2 治疗方法

A组:主要采用单纯手术取石,尽可能在术中將结石取净,建立通畅的引流。手术包括左肝叶切除21例(43.75%),胆囊切除32例(67%),胆总管切开T管引流32例(49%),肝内胆管U管引流12例(25%);同时行各种胆肠吻合16例(33.3%)。如同时合并急性化脓性胆管炎或胰腺炎,则急诊手术10例(20.8%)。

表1 A、B两组临床一般资料

项目	A组	B组
性别(男:女)	15:33	13:29
年龄(岁)	23~78	31~76
($\bar{x} \pm s$)	(35.5 ± 3.38)	(38.3 ± 2.18)
结石部位(例数)		
左肝内	31	22
右肝内	9	13
尾叶	1	1
混合型	7	6
同时合并有其他疾病(例数)		
继发肝外胆管结石	25	19
梗阻性黄疸	20	10
胆源性胰腺炎	4	3
肝硬化	10	6
急性胆管炎	25	15

B组:采用多种治疗方法。术前常规采用内镜逆行胆胰管造影(ERCP)36例(85.7%),了解胆道病情。对简单的肝门部I~II级胆管结石行十二指肠乳头切开(EST)和取石网篮取石11例(26.19%)。对黄疸持续时间大于1周(5例,11.9%)或同时合并有急性梗阻性胆管炎(AOSC)(6例,14.29%),或胆源性胰腺炎(7例,16.67%)的患者,则急诊留置鼻胆管行外引流(ENBD),待病情稳定后再行手术。手术时首先予常规

收稿日期:2003-05-14; 修订日期:2003-10-13。

作者简介:李军(1970-),男,上海人,上海市长宁区中心医院主治医师,主要从事肝胆疾病方面的研究。

器械探查取石或切除病灶,然后经胆总管切开处入路,或从肝切面胆管开口入路置入纤维胆道镜(日本 Olympus CHF-P10 型纤维胆道镜,简称纤胆镜)直视下用取石网取石(IOC)(17例,40.48%);也可根据纤维胆道镜探查结果决定实施狭窄肝胆管扩张术、肝胆管成形术、肝叶切除术、或胆道外引流术等。如手术中病情不允许长时间操作或结石分布广泛,则仅留置T型管或U型管,术后1个月后经窦道置入纤胆镜进行取石(POC)(15例,35.17%)。术中或术后纤胆镜应用方法采用吴一武^[1,2]介绍的方法。

1.3 统计学方法

统计采用 SPSS 8.0 软件包分析,独立样本 t 检验和 χ^2 检验。统计结果判断取双侧 $\alpha = 0.05$ 水平检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

从术后离床活动时间、术后肝功能 ALT 恢复正常的天数、术后住院天数、并发症、胆管残余结石、胆管炎复发等方面进行比较, A 组的疗效均优于 B 组(均 $P < 0.05$)(表 2)。

表 2 A, B 两组疗效比较

项目	A 组 [†]	B 组 [†]	t 或 χ^2	P 值
术后下地活动时间(d)	3~8(4.1±1.3)	2~4(2.3±0.9)	9.43	<0.05
术后 GPT 恢复正常时间(d)	3~11(7.6±1.2)	3~7(4.5±1.0)	10.48	<0.05
术后住院天数(d)	12~35(19.3±2.9)	7~15(11.5±2.3)	8.20	<0.05
并发症例数(%)				
肺部感染(例)	19(39.5)	6(16.7)	4.59	<0.05
低蛋白血症、腹水(例)	29(60.4)	7(19.4)	13.75	<0.05
切口感染、液化(例)	12(25)	5(13.9)	3.02	<0.05
胆漏(例)	11(22.9)	2(5.5)	4.57	<0.05
胆管残余结石率(例)	12(25)	0(0)	13.05	<0.01
术后胆管炎复发(例)(%)	12(27.9)	3(7.5)	5.83	<0.05

注:†A 组随访时间 13~24 个月,有 5 例失访;B 组随访时间 2~14 个月,有 2 例失访。

3 讨论

以往对肝内外胆管结石的治疗主要采用单一的手术模式,且主要是术中切开胆总管采用取石钳、胆道冲洗将能取到的结石取出或者是采用各种肝叶切除和胆-肠吻合术,而对于无法取到的 II~III 级胆管结石则束手无策,故这种手术治疗模式存在住院时间长,术后并发症多,创伤大,残石率高,易反复出现胆道感染^[3]等缺点。针对上述缺陷,本院自 2000 年以后采用将十二指肠镜、胆道镜和单纯的手术方法相结合的多种治疗方法模式,将现代微创外科和个体化治疗原则贯穿其内,取得了较满意的疗效。

本文 B 组采用多种方法联合治疗,术后下地活动时间、ALT 恢复正常天数、住院天数、并发症、胆管残余结石、胆管炎复发等指标均短于或低于 A 组($P < 0.05$),尤其是胆管残余结石率极低($P < 0.01$),但使用多种治疗方法模式有如下要求。

(1) 术前常规采用 ERCP 造影,取得胆道树完整的影像图。这对于制订个体化治疗方案非常重要。ERCP 图象直观、清晰,可将胆道树的分支完整地显示出来,并准确地反映出结石在胆管内的位置、大小及数目,还可在电视动态监视下观察胆道情况,一部分孤立的肝门部疏松结石还可以通过内镜下括约肌切开术(EST)加球囊取石达到治疗目的,从而可避免了手术(B组中有 8 例,占 19.5%);对胆

道结石的并发症如急性梗阻性胆管炎、胆源性胰腺炎还可通过 ENBD 为后续治疗创造有利时机。B 组中共有 13 例(30.95%)通过 ENBD 缓解急诊病情,使急诊手术转为比较安全的择期手术。(2)根据 ERCP 的胆道造影图像,根据每一患者的具体情况,采用最小创伤的原则确定手术方案,并在术中用纤维胆镜取出 II~III 级胆管以上的结石。此时并不要求取出所有结石,而是在某种程度上建立一条经皮的胆道通道,故手术要求尽可能地简单,体现微创的目的。如胆总管内留置 T 管,扩张的肝内胆管内留置 U 管,1 个月后,经过留置的 T 管或 U 管的瘻道采用经皮纤维胆道镜取出结石,并且对肝内狭窄的胆道部位进行扩张,但不宜强求 1 次取完,有些病例需分次胆道镜取石。B 组中有 2 例是全肝内充满型肝内胆管结石,单纯的手术方法显得束手无策,该 2 例通过术中留置的 T 管窦道进行术后胆道镜取石,分别反复取了 12 次和 13 次,最终取出所有结石,随访至今已分别 2 年和 2.5 年无复发。

纤维胆道镜能直视肝内 I~IV 级胆管的全貌,窥视胆管狭窄的程度和位置以及黏膜病变,鉴别胆管内的血块、蛔虫、肿物、气泡、结石并明确结石的大小、形态和位置。术中应用纤维胆镜,除了降低胆管结石术后残石率,还为选择术式提供依据,起到单一外科手术难以达到的作用^[3]。术后应用纤维胆道镜,除了取净肝内胆管残石,还可进行肝内胆管狭窄的胆镜治疗。外科手术和纤维胆镜联合治疗肝内胆管结石能充分发挥各自的优势和互补各自的不足,可获得更好的治疗效果,文献报告^[4]其结石取净率达 97%。

多种治疗方法的组合具有如下优点:术前通过

ERCP 造影获得胆道清晰图像为制订个性化方案提供依据,且不会遗留肝外胆道结石^[5];术中纤维胆道镜的直视探查,可准确选择能解决关键问题又较简单的手术,从而避免了盲目的复杂手术,解决了外科手术对 II 级以上胆管结石和胆管狭窄处理困难的问题;术后通过纤维胆道镜取残石和治疗胆管狭窄,可以避免和减少再次手术。ERCP 和纤维胆道镜在肝内胆管结石的联合应用,使复杂手术在肝内胆管结石中的应用频率降低成为可能,Raijman^[6]报道低于 10%。这些优点均体现了现代微创外科的宗旨。

参考文献:

- [1] 吴一武,高焱明.肝内胆管结石手术中应用纤维胆道镜取石方法改进[J].实用外科杂志,1991,11(11):5792-5793.
- [2] 吴一武,高焱明,罗肇楠.应用纤维胆道镜治疗术后肝内难取结石和远端结石的体会[J].实用外科杂志,1993,13(2):853-854.
- [3] 张宝善.肝内残余结石的胆镜治疗[J].实用外科杂志,1991,11(11):5664-5665.
- [4] Kusano T, Isa TT, Muto Y, et al. Long-term results of hepaticojunostomy for hepatolithiasis [J]. Am Surg, 2001, 67(5):442-446.
- [5] 刘京山,金斗. ERCP 对胆石症患者胆总管探查术的指导意义[J]. 中华消化内镜杂志, 1999, 16(2):111-112.
- [6] Raijman I. Intracorporeal lithotripsy in the management of biliary stone disease [J]. Semin Laparosc Surg, 2000, 7(4):295-301.