

文章编号:1005-6947(2005)01-0001-03

·胆石症专题研究·

腹腔镜胆囊切除术与内镜括约肌切开取石术 联合治疗胆囊胆总管结石

马百柱, 关宏, 张浩民

(齐齐哈尔医学院第二附属医院 普通外科, 黑龙江 齐齐哈尔 161006)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)与内镜 Oddi 括约肌切开取石术(EST)联合治疗胆囊胆总管结石的临床效果。方法 回顾分析 LC 与 EST 联合治疗胆囊胆总管结石 20 例的临床资料。结果 手术成功率 95.0%, 结石取净率 100.0%, 无并发症, 平均住院 7.5 d。结论 LC 与 EST 联合治疗胆囊胆总管结石是一种安全有效的治疗方法。

关键词:胆囊切除术, 腹腔镜; 胆总管结石/外科学; 括约肌切开术

中图分类号:R657.4; R575.7 文献标识码:A

Laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic sphincterotomy in treating cholecystolithiasis and choledocholithiasis

MA Bai-zhu, GUAN Hong, ZHANG Hao-min

(Department of General Surgery, The Second Affiliated Hospital, Qiqihar Medical College, Qiqihar, Heilongjiang 161006, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical results of laparoscopic cholecystectomy (LC) combined with endoscopic Oddi sphincterotomy (EST) in treating cholecystolithiasis and choledocholithiasis. **Methods** The preoperative and postoperative clinical data of 20 cases that received LC & EST combined therapy for cholecystolithiasis and choledocholithiasis were analyzed retrospectively. **Results** The success rate was 95.0%, with all the calculi removed completely; no complications occurred. The average hospital stay was 7.5 days. **Conclusions** Combined LC & EST procedure is a safe and effective method to treat patients suffering from cholecystolithiasis and choledocholithiasis.

Key words: CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPY; COMMON BILE DUCT CALCULI/surg; SPHINCTEROTOMY

CLC number: R657.4; R575.7 **Document code:** A

胆石病是临床常见病、多发病,近年来有逐年增多的趋势。腹腔镜胆囊切除术(LC)与内镜 Oddi 括约肌切开取石术(EST)已在临床上应用多年,分别成为治疗单纯胆囊结石、单纯胆总管结石的标准术式。但将 LC 与 EST 联合应用治疗胆囊结石并胆总管结石,国内报告却不多。我院在成功开展 LC 与 EST 基础上,自 2001 年 5 月~2004 年 6 月应用 LC 与 EST 联合治疗胆囊结石并胆总管结石 20 例,效果满意,现报告如下。

收稿日期:2004-10-27; 修订日期:2004-12-22。

作者简介:马百柱(1964-),男,黑龙江齐齐哈尔人,齐齐哈尔医学院第二附属医院副主任医师,主要从事肝胆外科和腹腔镜方面的研究。

通讯作者:马百柱 电话:13946285050(手机)。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 8 例,女 12 例;年龄 20~75(平均 49)岁。右上腹反复性疼痛 20 例,一过性黄疸 4 例,近期黄疸 12 例,无黄疸 4 例。术前均经超声证实胆囊和胆总管内有结石。胆囊结石直径 0.3~2.5 cm,1~30 枚;胆总管直径 1.0~2.0 cm,胆总管结石直径 0.8~2.0 cm,1~4 枚。本组均无肝内胆管结石、急性胆囊炎和急性胆管炎。均为择期手术。

1.2 治疗方法

术前对经超声诊断为胆囊结石并胆总管结石的患者,行常规检查,确定无凝血功能障碍,并静脉滴注维生素 K₁,2~3 d,应用十二指肠镜为患者先

行逆行胰胆管造影(ERCP),证实胆总管结石后,行EST。取净结石后,再行ERCP,证实胆总管内结石已取净。禁食1~2d,并检查血、尿淀粉酶无异常者,术后第2~3天行LC。出院前行超声检查,确定胆总管内无结石残留。

2 结果

本组20例中19例用此法治愈,手术成功率95.0%,结石取净率100.0%。1例行EST时因壶腹部解剖变异,取石失败,改行开腹胆囊切除、胆总管切开取石、T型管引流术。EST术中十二指肠乳头切开处出血2例,局部喷洒凝血酶后出血停止,无肠穿孔发生。EST术后一过性血淀粉酶增高1例,应用药物治疗后恢复正常。LC术中胆囊周围炎症较重2例,行腹腔胶管引流,无出血、胆管损伤发生。LC术后无胆漏发生。住院时间6~16d,平均7.5d。随访17例,随访时间0.5~2.5年。经超声检查,均未发现胆总管结石。

3 讨论

胆囊结石并胆总管结石占胆石病的11%^[1]。传统的治疗方法是开腹胆囊切除、胆总管切开取石、T型管引流术。随着腹腔镜技术的不断成熟和发展,LC已经成为治疗单纯胆囊结石的首选术式。在此基础上,有些普外科医生开展了腹腔镜胆囊切除、胆总管切开胆道镜取石、T管引流术治疗胆囊胆总管结石^[2]。与开腹手术相比,其具有创伤小、痛苦轻、恢复快等优点。但又有手术时间长、T管留置时间长(约需4周)、T型管引流破坏了胆总管的完整性、胆汁体外引流造成机体生理机能紊乱等缺点,而且需要熟练的腹腔镜下胆总管切开、T管留置和缝合打结技术。是一种较复杂的、要求严格的、技术水平较高的手术,目前此项技术还未能普及。由于ERCP临床应用已日趋广泛,内镜医生对EST的适应证和操作技术已比较熟悉,EST已经成为治疗单纯胆总管结石的常用术式。此方法不用全身麻醉,具有创伤小、痛苦轻、恢复快、不需留置T管、能维持胆道系统正常的生理功能等优点。在此基础上,将LC与EST联合应用,取长补短,就使胆囊结石并胆总管结石应用微创手术治疗成为可能,免去开腹手术和置T管可能产生并发症的痛苦,保证了胆道的完整性和正常生理机能,同时也解除了胆总管下段狭窄所致的成石因素。尤其适合高龄或伴有其他器官严重疾病的患者。本组手术成功率达95.0%,其

中1例75岁女患者,有多年高血压病和冠心病病史,应用此法治愈。因此笔者认为将LC与EST联合应用,是治疗胆囊结石并胆总管结石的最佳选择。不足之处是治疗需分2次完成。

LC与EST联合治疗胆囊结石并胆总管结石的顺序,有以下3种方式:(1)先行EST后行LC^[3]。优点是取出胆总管结石后,病情简化为单纯胆囊结石,仅行LC即可。缺点是取出胆总管结石后,在胆囊切除术前或术中有胆囊结石脱落至胆总管再次形成胆总管结石的危险。本组均采用此术式,无1例出现胆囊结石脱落至胆总管。(2)先行LC后行EST^[4]。优点是如胆总管取石成功,不存在胆囊结石脱落至胆总管再次形成胆总管结石的危险。缺点是一旦胆总管取石失败,必须再行开腹胆总管切开取石术。(3)LC同时行EST^[5]。优点是一次手术能同时解决胆囊结石和胆总管结石,若LC或EST失败,可以立即中转开腹手术,使患者免于再次手术的痛苦。缺点是需内镜医生与普外科医生同时配合手术,技术难度大,操作复杂,仅在个别医院能开展,不能普及。结合本组经验,笔者认为治疗胆囊结石并胆总管结石,应首选第一种术式。因为:(1)先行EST可以了解胆总管结石的大小、部位和数目,对无法取出的大结石,或因十二指肠乳头水肿、狭窄、壶腹部解剖变异致取石失败者,可放弃EST行开腹手术。(2)先行EST可避免LC后EST失败,需再行开腹手术的危险。(3)先行EST使胆总管内压力下降,胆囊空虚,有利于行LC。(4)如EST成功,LC不成功,可改行开腹胆囊切除术,从而免去胆总管探查术。(5)虽然此术式存在取出胆总管结石后,在胆囊切除术前,特别是术中有胆囊结石脱落至胆总管再次形成胆总管结石的危险,但只要在手术中采取适当措施,这种危险是完全可以避免的。即使有小的胆囊结石脱落至胆总管,由于Oddi括约肌已切开,脱落的小结石也易排入肠道,不会造成胆道梗阻。(6)当胆囊结石较大时,此术式更为安全可靠,因为较大的胆囊结石排至胆总管的可能性极小。关于EST后多久行LC,笔者认为以2~3d比较合适。时间过长增加了胆囊结石进入胆总管的机会。

LC与EST联合治疗胆囊结石并胆总管结石的关键,取决于EST的成功与否。只要合理掌握EST的切开位置和长度,就能顺利取出或排出胆总管内结石。笔者的经验是,在十二指肠乳头11~13

点之间切开,切开长度 1.0 ~ 1.5 cm,全部切开十二指肠乳头及 Oddi 括约肌隆起部,这样有利于胆汁引流和结石的取出或排出,有利于胰液引流,减少急性胰腺炎的发生。结石直径 < 1.5 cm 者,采用网篮取石,结石直径 > 1.5 cm 者,先行机械性碎石,然后用网篮或气囊导管取石。

综上所述,笔者认为 LC 与 EST 联合治疗胆囊胆总管结石,是一种安全有效的治疗方法。该方法虽然有一定的技术难度,但只要熟练地掌握了 ERCP, EST, LC 的操作技术,严格掌握手术适应证,在有条件的医院一定能够得到更广泛的推广和应用。

参考文献:

- [1] 黄志强. 当代胆道外科学[M]. 上海:上海科技文献出版社,1998. 350 - 361.
- [2] 雷海录,阎自强. 腹腔镜胆道探查取石 T 管引流术术式的研究[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(2):107 - 109.
- [3] 吴阶平. 黄家驷外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999. 1335 - 1450.
- [4] 周群,王克成,邓明富,等. 腹腔镜胆囊切除术和内镜括约肌切开术治疗胆囊胆总管结石的观察[J]. 腹腔镜外科杂志,2001,6(4):203 - 204.
- [5] 洪德飞,高敏,牟一平,等. 腹腔镜胆囊切除术中联合括约肌切开取石的研究[J]. 中华外科杂志,2000,38(9):677 - 679.

文章编号:1005 - 6947(2005)01 - 0003 - 01

· 病例报告 ·

星座链球菌感染所致肝脓肿 1 例

王倩, 邓宇欣, 褚云卓

(中国医科大学附属第一医院 检验科, 辽宁 沈阳 110001)

关键词:肝脓肿/病因学; 链球菌感染; 病例报告

中图分类号:R757.4; R515.9

文献标识码:D

患者 男,44岁。2003年7月7日入院。入院前20d无明显诱因出现发热,体温最高达39℃,偶有咳嗽,无痰,伴右上腹疼痛,静脉滴注青霉素等药物后未见好转。3d前突然出现呼吸困难,血压下降,经抢救好转,转入我院。体查:体温38.0℃,呼吸32次/min,脉搏65次/min,血压112/60mmHg。腹平,右上腹触痛,肝区叩击痛。实验室检查:白细胞 $12.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞0.84。超声检查:肝脓肿,穿透到肝被膜外;胸腔积液。细菌学检查:患者高热期血培养,平板上菌落呈灰白色、圆形、光滑、湿润、有明显的β溶血环。涂片染色镜检为革兰阳性球菌,菌体小且圆,呈双或短链排列。触酶及CAMP试验阴性,杆菌肽耐药,经法国生物梅里埃公司VITEK-2全自

动细菌生化鉴定仪鉴定为星座链球菌。药敏试验该菌对青霉素、氨苄青霉素、氯霉素及万古霉素敏感,对克林霉素、红霉素耐药。入院诊断:肝脓肿、感染性休克。治疗:休克时给予静脉滴注低分子右旋糖苷、晶体液及电解质等支持疗法,病情稳定后静脉滴注氨苄青霉素,经腹脓肿切开引流,患者症状明显好转,痊愈后出院。

讨论 星座链球菌属于米勒链球菌群(*Streptococcus milleri group*),一直以来被认为是存在于口腔、咽喉、胃肠道及生殖道的正常菌群。近年来,各种抗生素的广泛应用,造成菌株与宿主防御功能之间的平衡机制破坏,米勒链球菌群逐渐被认知是引起机体感染与脓肿的重要病原体之一。国外有关星座链球菌感染的报道开始于20世纪70年代末期;我国于1999年首见报道,尔后罕见星座链球菌感染的报道。对感染米勒链球菌群的病例研究显示,星座链球菌和咽峡炎链球菌分离率远高于中间型链球菌,几乎所有中间型链球菌和绝大部分星座链球

菌与脓肿的发生有关,但咽峡炎链球菌仅有19%的菌株与脓肿相关。米勒链球菌菌落在血平皿上生长可出现α、β及γ溶血3种类型,资料研究显示,88.8%菌株呈α溶血,β和γ溶血较少见。因此,临床实验室容易忽略对α溶血的米勒链球菌群的检测,造成漏检,这是国内甚少报道米勒链球菌群菌株在需氧环境生长不良,需放置5% CO₂或厌氧环境以促进其生长。为此,建议临床实验室应特别注意这类细菌的培养条件,以防漏检。本病例病初时有上呼吸道感染症状,入院后血培养检出星座链球菌,肝脓肿病灶乃血液中星座链球菌播散后继发感染所致,患者脓肿经手术切开引流,给予氨苄青霉素抗炎治疗后,康复出院。本文提示临床医生应重视脓肿病例的病原学及病变特点,微生物实验室应重视星座链球菌的检测,以便及早发现病原体,选择合适的抗生素,防止感染菌株的进一步播散及脓肿的发生。

收稿日期:2004 - 12 - 02;

作者简介:王倩(1971 -),女,辽宁鞍山人,中国医科大学附属第一医院主管检验师,主要从事临床细菌学方面的工作。

通讯作者:王倩 电话:024 - 23256666 - 6167。