

文章编号:1005-6947(2005)01-0067-02

· 临床报道 ·

对胆源性胰腺炎胆道病变的微创处理

杨鹏平, 李勇

(武汉科技大学附属医院 普外科, 湖北 武汉 430064)

摘要:为探讨胆源性胰腺炎(GP)中胆道病变微创治疗的可行性,笔者回顾性分析了6年间收治的52例GP患者胆道病变的微创手术的处理方式。本组行腹腔镜胆囊切除(LC)27例,内窥镜逆行胆胰管造影(ERCP)检查并行内镜括约肌乳头切开术(EST)联合LC治疗12例,EST治疗4例,直接LC加胆总管探查9例,均取得成功。笔者的体会是在GP炎症控制后,尽早采用微创技术处理胆道病变,可缩短住院时间、节约费用,防止GP复发。

关键词:胰腺炎/外科学;腹腔镜术;胆道疾病/外科学

中图分类号:R575.7;R657.51

文献标识码:B

引起胆源性胰腺炎(GP)的胆道病变包括单纯胆囊结石、胆总管结石、胆总管结石合并十二指肠乳头狭窄等^[1]。随着内镜、腹腔镜技术的发展,对GP患者胆道病变的处理方式正在发生变化。本文对1997年6月~2003年6月本院收治的52例GP患者胆道病变的微创手术处理方式作一回顾性分析。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男37例,女15例。年龄12~68岁,中位年龄35岁。其中初次发病者40例,再次或多次复发者12例。胆道病变包括胆囊结石、胆囊炎27例,胆囊炎、胆总管结石4例,胆囊结石合并胆总管结石17例,胆总管结石合并十二指肠乳头狭窄4例。

1.2 诊断

本组GP的诊断标准及方法为:(1)存在急性胰腺炎的症状和体征,合并胆绞痛病史。(2)血、尿淀粉酶超过正常值。(3)生化检查示血清胆红素、谷丙转氨酶或碱性磷酸酶均超过正常值。(4)CT增强扫描提示胰腺增大或局部合并不同程度的出血坏死、胰周渗液。(5)B超、CT或磁共振胰胆管造影(MRCP)提示胆管、肝内胆管不同程度扩张,胆囊充盈,并明确胆管下端梗阻,甚至明确其性质(如结石、十二指肠乳头狭窄),必要时行内窥镜逆行胆胰管造影(ERCP)协助诊断。(6)排除其他原因引起的胰腺炎。本组52例均符合以上诊断标准。

2 治疗及结果

2.1 治疗方式

(1)非手术治疗方式包括禁食,胃肠减压,抗炎,抑酶(应用生长抑素Somatostatin抑制胰液分泌和离子泵阻断剂

Losec抑制胃酸分泌等)。(2)手术治疗方式是在经非手术治疗(1~3周)控制胆道和胰腺炎症后进行。对于GP合并胆囊结石、胆囊炎27例均行腹腔镜胆囊切除术(LC)。胆总管结石合并十二指肠乳头狭窄4例行内窥镜逆行胆胰管造影及内镜括约肌乳头切开术(ERCP+EST)治疗,其中3例联合LC。胆囊结石合并胆总管结石17例,其中9例EST取石失败者行LC+胆总管探查,4例行LC+胆总管探查,另4例行LC、术后胆管残余结石行EST治疗。本组病例中急诊手术16例,择期手术36例。

2.2 治疗结果

本组病例全部治愈,再次诱发胰腺炎2例,均为ERCP+EST患者。并发胆漏1例、胸腔积液2例、和肺部感染3例,均经非手术治疗治愈。住院时间最短10d,最长6周,平均3周,手术时间最短40min,最长4h,平均130min。住院期间无复发者。

3 讨论

GP患者经短期(1~3周)非手术治疗后,一般能获得有效控制,此时对于一般情况明显改善,血、尿淀粉酶(AMS)正常,腹部体征消失,B超确诊为胆囊结石和胆囊炎的患者,可尽早行LC。

对于有黄疸病史或B超、CT不能确定胆总管是否有结石的病例可行MRCP检查,准确率高达95%以上。对于确诊有胆总管结石或十二指肠乳头狭窄的病例,可先行EST或EST处理胆管结石,合并胆囊结石或胆囊炎者再行LC。对于LC术后发现胆总管残余结石的患者,同样可行EST处理。对于胆总管结石较大,EST不能取石者或EST取石失败者,应采用LC+胆总管切开取石、T管引流术^[2]。急性梗阻性GP在短期非手术治疗无效时,应尽早行ERCP+EST解除胆道梗阻,EST取石失败者可行LC或胆总管切开取石和T管引流。

关于ERCP和MRCP检查的选择,笔者认为二者在诊断准确率方面是相近的。MRCP属无创性检查,无并发症,有一定优越性;而ERCP属有创检查,少数患者诱发胰腺炎。

收稿日期:2004-07-21; 修订日期:2004-11-29。

作者简介:杨鹏平(1968-),男,湖北武汉人,武汉科技大学附属医院主治医师,主要从事临床方面的研究。

通讯作者:杨鹏平 电话:027-61088773(O); E-mail: wtyxxxxx@163.com。

文章编号:1005-6947(2005)01-0068-02

· 临床报道 ·

原发性胆囊癌的手术治疗

毕旭东, 付晓光, 白光

(锦州医学院附属第一医院 肝胆外科, 辽宁 锦州 121001)

摘要:对1996年10月~2004年6月收治的20例胆囊癌手术治疗的资料进行回顾性分析。Nevin分期:II期4例,III期3例,IV期4例,V期9例。1,3,5年生存率II+III期者分别为7/7,5/7,3/7,IV+V期者分别为3/13,1/13,0/13,2组间1,3,5年生存率比较 P 均 <0.05 。晚期组中根治性手术与姑息性手术术后1,3,5年生存率比较,除1年生存率有差异外($P < 0.05$),3,5年生存率比较无显著性差异(P 均 >0.05)。本组病例资料提示,及早发现、早期诊断胆囊癌并进行手术治疗,是提高本病疗效的关键。

关键词:胆囊肿瘤/外科学;胆囊肿瘤/死亡率;存活率

中图分类号:R735.8;R181.81 **文献标识码:**B

原发性胆囊癌恶性程度高,发病隐匿,症状不典型,而且出现迟缓,就诊时多属晚期因而失去根治性手术机会,本病对放疗化疗不敏感,预后极差。这是困扰外科医生的难题^[1],同时要求外科医生提高警惕,采取预防措施或及早发现病变并进行手术治疗,是降低其死亡率的关键^[2]。我

院从1996年10月~2004年6月共收治胆囊癌患者20例。笔者回顾性分析本组病例的治疗经过及总结本病的特点,企以提高早期诊断率和治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男8例,女12例,年龄39~73岁,平均为62.5岁,其中 <50 岁者3例,50~60岁者4例, >60 岁者13例。13例合并胆囊结石,占65.0%。合并糖尿病4例。病程3d至10年,平均14.2个月。其中1999年以前5例,1999年以后15例。

收稿日期:2004-07-29; **修订日期:**2004-12-21。

作者简介:毕旭东(1969-),男,黑龙江牡丹江人,锦州医学院附属第一医院副教授,博士,主要从事肝脏缺血再灌注损伤防治方面的研究。

通讯作者:毕旭东 电话:0416-4168849-2248(O),13941697417(手机); E-mail:bizhaojing@sohu.com。

本组有2例ERCP+EST后诱发胰腺炎。但ERCP+EST的治疗作用是MRCP所无法代替的。因此对于急性梗阻性GP患者在短期非手术治疗无效时,尽早选用ERCP+EST解除梗阻。为防止ERCP+EST后诱发或加重胰腺炎,可选用生长抑素和离子泵阻断剂治疗。另外笔者观察到大部分GP为一过性完全梗阻或不全梗阻,部分胆总管下端结石者由于结石小,在非手术治疗后,炎症消退结石可自行脱落于十二指肠,特别是在EST后,复查MRCP并未见明显胆总管结石^[3]。因此,EST可减少不必要的胆总管探查,从而减少其可能引起的并发症,提高GP胆道探查的阳性率。

研究^[3,4]表明,胆管和胰管的共同通道堵塞是急性胆源性胰腺炎的发病原因。胆汁向十二指肠排出,结石移动是发生GP的主要诱因。非手术治疗GP有相当部分病例存在复发的可能,因此手术是治疗GP的必要手段^[4,5]。在既往的手术治疗中,“三造瘘”一度被认为是经典的手术方式^[1],但胆总管探查的指征过于宽松,明显增加了手术并发症和手术死亡率。随着对胰腺炎认识的日益提高,以及腹腔镜和内镜外科技术的发展,胃空肠和胆囊造瘘可分别由鼻胃管引流、空肠营养管和EST代替。目前GP手术的原

则是:手术范围越小越好、手术时间越短越好、手术创伤越小越好。手术范围的扩大将增加创伤,不利于恢复。

应用腹腔镜和内镜技术,具有创伤小、对腹腔干扰少、患者恢复快、痛苦少等优点。因此微创手术治疗GP成为必然趋势,与传统手术相比,安全性大,值得重视和推崇。笔者认为对于GP胆道病变的最佳处理原则是先用非手术方法控制胆道或胰腺炎症,再限期用微创技术处理胆道病变。

参考文献:

- [1] 顾倬云. 胆囊结石的并发症[A]. 见黄志强. 现代腹部外科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994. 461-462.
- [2] 宋录金, 李强, 袁志林, 等. 腹腔镜手术治疗急性胆源性胰腺炎附134例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(12): 886-888.
- [3] 王爱民. 胆源性胰腺炎外科治疗分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(6): 471-472.
- [4] 秦仁义, 邹声泉, 吴在德, 等. 胆源性胰腺炎手术时机的探讨[J]. 中华外科杂志, 1998, 36(3): 149-151.
- [5] 张发新, 杨家红, 王旭春. 重症胆源性胰腺炎手术时间的选择[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(3): 213-214.