

文章编号:1005-6947(2007)10-1032-02

· 临床报道 ·

胆囊疾患合并外科干预性疾病的临床诊治分析

詹国清, 曹海波, 梅卫国, 叶桃明, 胡斌, 张水发, 洪建普, 蒋文庆

(解放军第五三二医院 外一科, 安徽 黄山 245041)

摘要:为探讨胆囊疾患住院患者伴随外科干预性疾病的临床诊断程序 and 治疗方法,以减少伴随外科干预性疾病的漏诊和误诊,笔者回顾性分析2000—2006年术前检查发现109例胆囊疾患患者伴随外科干预性疾病的临床特点和诊治经验及教训。109例(占同期收治胆囊疾患的3.1%)中,包括甲状腺机能亢进症、胸部肿瘤、腹腔肿瘤、肝肾囊肿、胃肠道肿瘤、门静脉高压症、妇科肿瘤和泌尿系结石等疾病,根据患者具体情况,全组患者应用腹腔镜下联合手术、分期手术以及肿瘤根治等治疗方法。LC术后漏诊胃癌2例,胰尾癌1例。全组术后恢复良好,无死亡,治疗效果满意。提示:术前细致询问病史和体检,完善检查,可明显减少对伴随疾病的漏诊、误诊,应用腹腔镜下联合处理多种疾病或分期手术,均能达到满意的治疗效果。

[中国普通外科杂志,2007,16(10):1032-1033]

关键词: 胆囊疾病/治疗; 合并疾病/诊断; 诊断,鉴别; 腹腔镜手术

中图分类号: R 657.4

文献标识码: B

随着现代生活、工作环境及饮食等因素的改变,胆囊疾病呈增长趋势。现代影像技术不断提高和腹腔镜胆囊切除手术(LC)的普及,对胆囊疾病的诊治有了迅速的发展,但若术前不进行严格的鉴别诊断,势必增加漏诊和误诊。2000年1月—2006年12月,我院共收治以胆囊疾病入院的患者3523例,术前检查发现合并需外科干预性疾病的109例(3.1%),现对其临床诊治作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组3523例胆囊疾患中男861例,女2662例,年龄14~80(平均49)岁。病程数天至20年不等。均以右上腹部疼痛或背部酸胀为主要临床症状。B超检查提示胆囊结石3167例,胆囊息肉样病变343例,非结石性胆囊炎13例。入院后经实验室及影像学检查,发现109例并存需外科手术干预的其他器官病变,包括:肺占位7例(肺鳞癌2例,肺腺癌1例,纵膈畸胎瘤4例);脾脏病变7例(脾血管瘤4例,脾功能亢进症3例);肝脏病变19例(肝血管瘤直径超过10cm3例,肝脏巨大囊肿4例,门静脉高压症、肝硬化7例,肝癌4例,胆管癌1例);胰腺疾病4例(胰头占位性病变经ERCP检查证实为壶腹部癌2例,胰腺囊肿2例);肾脏囊肿(大于5cm)5例;胃、十二指肠疾患33例(具有明确外科手术指征需行手术治疗的胃、十二指肠溃疡21例,胃窦腺癌8例,胃窦部低分化腺癌4例);卵巢癌1例;

急性阑尾炎12例;结肠癌7例(右半结肠腺癌2例,直肠腺癌5例);肾脏或输尿管结石伴中-重度积水8例;需手术治疗的甲状腺机能亢进症6例。

1.2 手术方法

本组除转2例外院行手术治疗,3例肝硬化患者为肝硬化失代偿期,转感染科保守治疗,3例晚期肿瘤选择介入或化疗放弃手术外,余101例均在本院实施手术。合并肺癌者先行肺癌根治术;择期再行LC,合并胃癌、壶腹部癌、右半结肠癌者行肿瘤根治术+胆囊切除术;合并脾亢、肝肾囊肿、阑尾疾病,选择行LC同时行脾切除、腹腔镜下囊肿开窗、阑尾切除术;合并肝硬化、门脉高压及胃溃疡分别行脾切除+分流术、毕Ⅱ式胃大部分切除+胆囊切除术;合并纵膈、肾脏或输尿管结石,无功能肾,甲亢,均分别行纵膈肿块切除术、肾输尿管切开取石术、肾切除术及双侧甲状腺次全切除术,术后再择期行LC。

2 治疗结果

本组选择先行其他疾病治疗后行LC30例;同时行LC及其他手术13例;同时行开腹胆囊切除及其他手术58例。同期手术的手术时间为40~150min,平均80min,术中出血约20~150mL,平均LC25mL,开腹胆囊切除手术出血为75mL。术后均恢复良好。LC术前检查未发现术后漏诊胃癌2例,半个月后再次行胃癌根治术;LC术前检查未发现、术后漏诊胰尾癌1例,为晚期肿瘤患者后自行放弃治疗。

3 讨论

随着B超的普及,胆囊疾病的发现率有所增加,由于胆

收稿日期:2007-01-18; **修订日期:**2007-08-10。

作者简介:詹国清,男,安徽休宁人,解放军第五三二医院副主任医师,主要从事肝胆外科及微创外科方面的研究。

通讯作者:詹国清 E-mail:zgqqls@163.com

囊切除术的疗效明显,外科医师往往忽视了对病史、体征、辅助检查等的全面分析,逐渐满足于胆囊结石的诊断,缺乏对伴随疾病的警惕和诊断。而且,胆囊结石与某些上腹部脏器疾病间有内在的联系,如肝硬化患者胆囊结石发病率高,胆囊结石可导致胰腺炎,胆囊疾患与结肠癌有一定关系^[1]等。如误诊、漏诊,可致延误治疗。腹腔镜胆囊切除术后漏诊腹内其它疾病的发生率高达1%^[2],为了减少和避免漏诊和误诊的发生率,笔者认为应注意以下几点:

(1)仔细询问有无黄疸、呕血、腹泻、黑便及血尿等病史;(2)胆囊疾病患者,如条件允许术前应常规行上腹部CT检查,本组患者常规行CT,必要时行MRCP检查,共发现肝脏疾病50例,胰腺肿瘤3例,卵巢癌1例,脾脏血管瘤4例,胆道变异3例。腹腔镜术中超声检查,可协助诊断,减少漏诊,但目前尚不可能广泛应用于临床;(3)50岁以上或肝炎患者,行乙肝免疫学检查、癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)检查,必要时行HBV-DNA检测。另外,对于胆囊结石合并肝硬化患者,要严格掌握手术适应证,肝功能Child分级为A级,B级需经护肝治疗,使肝功能耐受手术^[3]。目前肝癌发现诊断率较低,因此,对于AFP阳性,有乙肝病史,存在胆道扩张的,即使无肝内肿瘤存在,也应高度怀疑胆道癌栓的存在^[4];(4)对于胆囊息肉伴贫血或血

沉大于60mm/h,常规行胃镜检查,排除胃部疾病,必要时行肠镜检查,排除肠道疾病;(5)对于老年女性,应注意有无妇科疾病;(6)若发现胰腺占位,需行CA-199进一步检查;(7)对于心慌、多汗和脉速者,注意有无合并甲状腺功能亢进症等疾病;(8)LC术后应定期随诊,复查肝功能、B超,以及时发现胆道损伤、迟发性胆漏、胆管残留结石等并发症和肿瘤等伴随疾病的发生^[5]。

参考文献:

- [1] 王涌.胆道疾病和周围脏器疾病的关系[J].肝胆胰外科杂志,1999,11(3):166.
- [2] 黄志强.胆道疾病[A].见吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.1271.
- [3] 金平,郭时国,周建春,等.肝硬化门静脉高压症患者腹腔镜胆囊切除术的临床研究[J].中国普通外科杂志,2006,15(8):628-629.
- [4] 王锦波,何振平.肝癌胆道转移手术方式对预后的影响[J].肝胆外科杂志,1998,6(1):26-27.
- [5] 王宏光,陈训如,罗丁,等.腹腔镜胆囊切除术13000例的并发症分析[J].中国普通外科杂志,2006,21(3):167-168.

文章编号:1005-6947(2007)10-1033-02

· 病案报告 ·

先天性胆囊变异2例

涂玉亮,杨艳萍,李基业

(解放军总医院第一附属医院 普通外科,北京 100037)

关键词: 胆囊/畸形; 胆囊疾病/外科学; 病例报告

中图分类号: R657.4

文献标识码: D

1 病例报告

例1 男,35岁。因右上腹反复疼痛10余年,加重伴巩膜黄染4d入院。入院诊断:胆囊结石;黄疸原因待查。尿胆原(+++),肝功能:血清丙氨酸氨基转移酶250U/L,血清白蛋白41.6g/L,血清总胆红素14.1μmol/L,

血清直接胆红素7.9μmol/L,血常规:白细胞 $8.64 \times 10^9/L$,中性0.433。B超检查提示:(1)肝内外胆管扩张;(2)胆囊隔膜畸形;(3)胆囊结石。MRCP检查提示:(1)肝内胆管及胆总管上段轻度扩张,胆总管下端异常信号,考虑为结石可能性大;(2)胆囊炎(图1)。入院后行胆囊切除+胆总管探查T管引流术。术中发现胆囊大小约13cm×8cm×5cm,胆囊壁充血,胆囊中段有2叶隔膜,将胆囊腔分隔为3个小室,隔膜中间为圆形通道,3个小室均相通,中间的小室最小(图2),中间和远端小室内均有大量黄褐色泥砂样结石,并且中间小室

内可见一大小约0.8cm×0.8cm×0.6cm深褐色结石;胆总管扩张直径约1.5cm,胆道镜探查胆道,胆总管未见结石,左肝管内可见一直径约0.2cm深褐色结石。患者术后22d痊愈出院,巩膜黄染消退,无腹痛、发热等不适。

例2 女,49岁。因右上腹部反复疼痛10余年入院。B超检查提示:(1)不均质脂肪肝;(2)慢性胆囊炎,胆囊腺肌症;(3)胆总管囊状扩张。入院诊断:(1)慢性胆囊炎并胆囊结石;(2)胆管扩张;(3)胆总管结石。入院后行MRCP检查提示:胆总管、左右肝管、肝内胆管均扩张明显,胆囊

收稿日期: 2007-02-09。

作者简介: 涂玉亮,男,江西余干人,中国人民解放军总医院第一附属医院主治医师,主要从事肝胆胰脾方面的研究。

通讯作者: 涂玉亮 E-mail: black-eagle76@sina.com