

文章编号:1005-6947(2007)12-1146-03

· 腹腔镜外科专题研究 ·

十二指肠镜、腹腔镜联合治疗肝外胆管结石

霍新合

(河北省沧州市人民医院 外科, 河北 沧州 061000)

摘要:目的 探讨十二指肠镜联合腹腔镜治疗胆囊结石并胆管结石的临床效果。方法 回顾分析7年间106例胆囊结石并胆管结石患者的临床资料。106例均先行内镜下十二指肠乳头切开(EST)取石、鼻胆引流(ENBD)然后行腹腔镜胆囊切除术(LC)。结果 EST取石成功101例(95.3%);并发症包括胰腺炎(高淀粉酶血症)11例(10.4%),出血1例,急性胆管炎2例,均经对症处理治愈。全组病例无死亡,均痊愈出院。85例获平均3.1年随访,术后复发胆管结石5例(5.9%),十二指肠乳头部再狭窄1例;另发生胆管癌2例,其他原因死亡2例。结论 联合EST和LC治疗肝外胆管结石是一种安全有效的微创手术方法。

[中国普通外科杂志,2007,16(12):1146-1148]

关键词:胆结石/治疗;十二指肠镜;腹腔镜

中图分类号:R 657.4 **文献标识码:**A

Combined use of duodenoscopy and laparoscopy for treatment of calculus of extrahepatic bile duct

HUO Xin-he

(Department of Surgery, Cang Zhou People's Hospital, Cangzhou, Hebei 063100, China)

Abstract: Objective To discuss the clinical effect of combined use of duodenoscopy and laparoscopy for treatment of cholecystolithiasis complicated by choledocholithiasis. **Methods** The clinical data of 106 cases of cholecystolithiasis with choledocholithiasis in our department during 7 years were analyzed. Endoscopic sphincteromy (EST) and endoscopic nasobiliary drainage (ENBD), followed by laparoscopic cholecystectomy (LC) was employed. **Results** In 101 cases (95.3%) stones were removed by EST successfully. Complicated with postoperative pancreatitis in 11 cases (10.4%), bleeding in 1 case (0.9%), and acute cholangitis in 2 cases (1.9%). All of the patients recovered and discharged. Eighty-five cases were followed up for average 3.1 years. Of them, 5 cases had choledocholithiasis recurrence, 1 had papillary re-stenosis, 2 had bile duct carcinoma, and 2 died of other caused. **Conclusions** Combined use of EST and LC for treatment of calculus of extrahepatic bile duct is a safe and effective mini-intrusive operation.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(12): 1146-1148]

Key words: Bile Duct Stones/ther; Duodenoscopy; Laparoscopes

CLC number: R 657.4 **Document code:** A

腹腔镜治疗单纯胆囊结石已成为金标准。但胆囊结石合并胆总管结石或B超显示胆总管扩张者临床并不少见,我院2000年6月—2007年6月利用十二指肠镜联合腹腔镜技术治疗胆囊结石并肝外胆管结石106例,取得良好临床效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男32例,女74例;年龄34~85(平均51)岁。B超或CT确诊胆囊结石合并胆总管结石89例;B超或CT提示胆囊结石合并胆总管扩张(大于0.9cm)或临床有黄疸史可疑胆管结石者17例,其中ERCP发现结石9例(52.9%),缩窄性乳头炎4例,胆管未见异常4例。

收稿日期:2007-08-27; **修订日期:**2007-11-19。

作者简介:霍新合,男,河北泊头人,河北省沧州市人民医院副主任医师,主要从事普外微创方面的研究。

通讯作者:霍新合 E-mail:huxinh033@sina.com

1.2 诊疗方法

本组患者均首先行 ERCP 检查,根据胆管结石的大小、数量行十二指肠乳头大切开(切开乳头 $2/3 \sim 3/4$)或中切开(乳头 $1/2 \sim 2/3$)进行取石,或机械碎石后取石,取石后留置鼻胆引流管(ENBD)。胆管结石较多者,术后2 d行鼻胆管造影,无结石残留者行 LC;结石残留者再次内镜下取石后行 LC。对于胆管结石单发较小者,取石后第1天即行 LC,LC 术后3 d鼻胆管造影如无异常拔管。ERCP 提示缩窄性乳头炎行 EST,根据 EST 是否顺利决定是否行 ENBD;ERCP 正常者,次日行 LC。

2 结果

2.1 近期疗效

106 例患者中 EST 取石成功 101 例(95.3%),1 次取石者 84 例;2 次取石者 13 例;3 次取石者 4 例。术后并发症 14 例(13.2%):包括胰腺炎 11 例(10.4%),均为一过性血、尿淀粉酶升高,经禁食并使用胰腺分泌抑制剂后降至正常,推迟 1~7 d 行 LC;出血 1 例,使用止血药后出血停止;胆管炎 2 例,均为胆管残留结石鼻胆引流管脱落所致,再行取石并重新留置后再行 LC。LC 手术均全部成功,无并发症发生。此 101 例住院时间 6~21(平均 8.6)d,均痊愈出院。EST 取石未成功 5 例,改行腹腔镜下胆总管探查取石术 2 例,传统开腹手术 3 例。

2.2 随访

EST 取石成功 101 例中随访 85 例(84.2%),时间 1~5(平均 3.1)年。术后 2 年胆管结石复发 5 例(5.9%),术后 4 年胆管下段癌 2 例,术后 1 年十二指肠乳头切开后再次狭窄 1 例,术后 5 年因其他疾病死亡 2 例。

3 讨论

联合使用 EST 和 LC 治疗胆囊结石合并肝外胆管结石,拓宽了微创手术在胆道外科的应用范围^[1]。与传统开腹手术相比,两镜联用具有创伤小、痛苦小、住院时间短等优点。EST 既能取胆管结石又能解除胆总管末端乳头狭窄,且无需放置 T 型管引流,保证了胆道的完整性和消化道的正常生理功能,避免了因 T 型管所致的远期胆道狭窄等并发症。术前 ERCP 检查还可以发现 B 超或 CT 无法明确的隐性结石。B 超对胆囊结石的正确诊断率可达 98%~99%,但对胆管结石的诊断率仅为 55%^[2],其原因是继发性结石常发生于胆总管下段,恰好被十二指肠所掩盖。本组 B 超或 CT 未发现结石的 17 例患者中 ERCP 检查 9 例存在结石,这亦说明 ERCP 检查的必要性和两镜联合治疗的优越性。随着 LC 技术的不断提高,腹

腔镜胆总管探查术(LBDE)已广泛开展,该技术上要求较高,操作复杂,需留置 T 型管,形成窦道时间长,拔管时间一般需 3~4 周以上。陈训如^[3]报道术后 38 d 拔除 T 型管时,患者可出现胆汁性腹膜炎而行急诊手术。再者,T 型管留置除导致胆汁大量丢失、影响康复外,尚可引起一系列并发症^[4-5]。一期缝合总胆管,理论上无法避免术后胆管狭窄、残余结石和因胆道探查后十二指肠乳头水肿或 Oddi 括约肌痉挛造成围手术期胆道高压所致胆痿的风险^[6]。三镜联合手术是用十二指肠镜留置鼻胆引流管代替 T 型管而减少胆痿的发生,可作为两镜联合技术的补充。只有在内镜取石不成功而 ENBD 成功时应用则更为合理。关于先行 EST 还是先行 LC 的问题,笔者认为应先行 EST 然后 LC。因为不能保证 EST 100% 取石成功。如先行 LC,而 EST 不成功,势必陷入非常棘手的境界。先行 EST 即使 LC 不成功中转开腹,ENBD 仍能起到 T 型管的作用,优于传统开腹胆囊切除胆管探查术。先行 EST 还有以下优点:(1)ENBD 使胆道减压,易于控制胆系感染;(2)ERCP 能够提供清晰的肝内外胆管影像,发现胆管变异,指导 LC;(3)能够术中发现 LC 胆管损伤,便于早期处理;(4)即使 LC 术中因挤压结石排入胆管,多数结石能通过切开的乳头进入肠道。

EST 相关近期并发症发生率约为 7%^[7],其中出血为 1%~5%,急性胰腺炎 1%~5.4%,穿孔 0.3%~2.0%,急性胆管炎 1%~3%。急性胰腺炎主要与胰管反复显影及 EST 热灼伤有关,大部分为一过性血尿淀粉酶增高,采取禁食及使用胰腺抑制剂即可治愈。穿孔、出血主要为切开偏离方向或切开过大引起。急性胆管炎主要与引流不畅有关。本组并发症发生率(13.2%)较高,可能与诊断标准不同有关,但无严重并发症发生,且均经非手术法治愈。笔者认为 EST 术中注意以下几点有助于减少并发症的发生:(1)ERCP 开始注药时压力不要过高,如造影时胆管不显影而胰管反复显影,此时可借助导丝插管行胆道造影;(2)EST 切开不宜过大,能取出结石或解除狭窄即可;(3)乳头切开时先用电切,越过胰管开口时再用电凝切开;(4)术毕尽可能留置鼻胆引流管,既可引流胆道,又可以造影确定结石有无残留;(5)取石不宜盲目用力或用力过大,避免乳头撕裂。

两镜联合具有操作较简单、创伤小、患者完全康复快等优点。尽管有些医院十二指肠镜技术由内镜医师或内科医师掌握,使两镜联合在外科临床的应用受到一些影响,但对于一个既能掌握腹腔镜又能掌握十二指肠镜技术的外科医生来说,两镜联合治疗胆囊结石并胆管结石显得更具有优势。

参考文献:

- [1] Prazce RC, Rocbrts J, Symmond R, *et al.* Combined laparoscopic and endoscopic management of cholelithiasis and choledocholithiasis [J]. *Am J Surg*, 1993, 166(5):702-704.
- [2] 王志敏,周宗庆,付志宏,等. 内镜腹腔镜阶梯性治疗肝外胆管结石 620 例临床分析[J]. *浙江医学杂志*, 2006, 28, (1):502-503.
- [3] 陈训如, 罗丁. 腹腔镜手术的并发症与对策[M]. 昆明: 云南科技出版社, 1997. 165-168.
- [4] Gharaibeh KI, Heiss HA. Biliary leakage following T-tube removal [J]. *INT J Surg*, 2004, 85(3):57-66.
- [5] Witts VL, Oibson K, Karthbaloot C, *et al.* Complications of biliary T-tubes after choledochotomy [J]. *AZN J Surg*, 2002, 72(3):177-180.
- [6] 和华, 李国祥. 微创技术治疗胆总管结石的进展[J]. *中国微创外科杂志*, 2006, 6(1):70-72.
- [7] 何国杰, 姚礼庆, 高卫东, 等. 内镜在治疗胆管结石中应用价值[J]. *中国内镜杂志*, 2002, 8(1):39.

文章编号:1005-6947(2007)12-1148-01

· 病案报告 ·

特发性收缩性肠系膜炎 1 例

张春秋, 彭晓晖, 刘宏

(大庆油田总医院 普外一科, 黑龙江 大庆 163001)

关键词: 脂膜炎, 腹膜/外科学; 肠系膜炎, 特发性收缩性; 病例报告

中图分类号: R 656.4

文献标识码: D

患者 男, 54 岁。因间断腹痛 4 年, 腹胀、发热 1 周, 加重 4h 急诊入院。伴食欲差、消瘦, 无腹泻及黑便, 既往无特殊病史。体查: 体温 37.8℃, 脉搏 98 次/min, 呼吸 22 次/min, 血压 110/70 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 消瘦, 轻度贫血外观, 皮肤黏膜无黄染。腹部膨隆, 腹式呼吸受限, 全腹压痛, 右侧腹部明显, 有腹肌紧张及反跳痛, 移动性浊音(+), 肠鸣音消失。白细胞 $7.52 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.86, 淋巴细胞 0.096, 红细胞 $3.3 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 92 g/L。腹部 B 超: 腹腔积液。腹部透视(-)。腹水常规检查提示为渗出液。诊断: 急性腹膜炎。急诊行剖腹探查术, 术中见腹腔内黄绿色混浊渗液约 1500 mL, 小肠广泛充血、水肿, 轻度扩张, 肠壁增厚, 整个小肠系膜挛缩增厚, 质硬, 活动度差, 厚度约 1 cm, 肠管积聚、盘曲, 无法理顺提出腹腔, 升、降结肠、乙状结肠以及直肠固定于后腹壁, 肠脂垂挛缩变硬, 肠壁表面可见多处白色、斑点样病灶, 结肠无扩张以及狭窄改变, 大网膜挛

缩, 肝脏表面未见明显异常, 未探及其他异常肿块。考虑为小肠系膜特异性炎症所致, 但不能除外腹膜后肿瘤浸润至小肠系膜挛缩, 于系膜缘切取直径约 1 cm 病变组织送病理, 大量盐水冲洗腹腔, 于肝下以及盆腔分别置胶管引流各 1 枚, 缝合腹壁切口, 结束手术。病理检查镜下见肠系膜内纤维组织大片增生, 大量泡沫细胞沉积和异物巨细胞反应, 部分区域形成脂肪坏死结节, 病理诊断: 特发性收缩性肠系膜炎。术后应用激素及免疫抑制剂治疗, 治愈出院, 随访 1 年, 未见复发。

讨论 特发性收缩性肠系膜炎是一种罕见的特发性、非肿瘤性、瘤样肠系膜炎性疾病, 其病因、病原体和自然病程均不清楚^[1], 在某种情况下, 自身免疫、感染、手术创伤可能是其诱因。本病多见于中老年人, 男性多于女性, 约 2~3:1。50~69 岁年龄组发病率最高。病程可数天至 10 余年, 其症状包括: 不同程度的腹痛(可从轻度疼痛到急性腹膜炎剧痛), 低中度发热, 体重降低, 贫血, 恶心, 呕吐, 腹泻和肠梗阻表现。体查主要表现为腹部压痛、腹部包块, 多为深在、固定、边界不清。最常见的临床表现为腹痛、腹部包块和肠梗阻^[2]。本病临床诊断较为困难, 需与其他肠系膜炎性疾病和恶性肿瘤相鉴别, 目前剖腹探查术中活检病理检查是明确诊断的唯一方法^[3]。由于

本病少见、起病隐匿且症状表现复杂多样, 又无特异性影像学表现和特异化验指标, 因此, 临床上提高对该病的认识和病理检查是提高确诊率的关键^[4]。本病在表现为腹膜炎或肠梗阻时需要外科手术治疗, 肠系膜病变较小时可行病变切除。如病变广泛, 术中病理明确诊断后, 肠系膜病变可不切除或仅清除坏死组织, 而以处理并发症为主。本例患者术中考虑此病取标本后给予腹腔冲洗引流术。手术宜小, 诊断明确者可用类固醇、免疫抑制剂等药物治疗。文献报道^[5-6]本病预后较好, 不易复发。

参考文献

- [1] 李荣. 外科疾病误诊误治与防范[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004. 7-9.
- [2] 顾国利, 王石林, 魏学明. 特发性收缩性肠系膜炎两例报告[J]. *空军总医院学报杂志*, 2004, 20(4):242-246.
- [3] 姜军, 詹新恩, 蔡志民. 特发性收缩性肠系膜炎一例[J]. *中华普通外科杂志*, 1999, 14(3):236.
- [4] 顾国利, 王石林, 周晓武. 国人特发性收缩性肠系膜炎 47 例[J]. *世界华人消化杂志*, 2006, 14(15):1530-1532.
- [5] 姜军, 詹新恩. 特发性收缩性肠系膜炎[J]. *国外医学外科分册*, 1998, 25(4):214-216.
- [6] 谭郁彬, 张万鑫. 外科诊断病理学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2000. 533.

收稿日期: 2007-11-20。

作者简介: 张春秋, 男, 黑龙江大庆人, 大庆油田总医院硕士研究生, 主要从事肝胆、胃肠方面的研究。

通讯作者: 张春秋 E-mail: zhangchunqiu70@sina.com