

文章编号:1005-6947(2007)08-0830-02

· 手术经验与技巧 ·

胆道镜联合液电碎石经胆囊管行胆道探查取石术的探讨

吴韬, 刘斌, 杨世昆

(昆明医学院第一附属医院 肝胆外科, 云南 昆明 650032)

摘要:为探讨胆道镜联合液电碎石经胆囊管行胆道探查取石术的可行性及其应用价值。笔者回顾性分析开腹经胆囊管行胆道探查取石术的47例肝外胆管结石患者的临床资料。47例中,9例单纯应用胆道镜经胆囊管取石,32例联合应用液电碎石仪碎石,4例改行胆总管切开探查,均取净结石,2例探查阴性,所有患者无严重并发症,平均住院日9.2d。提示,对肝外胆管结石且有胆道探查指征的患者,选择胆道镜联合液电碎石经胆囊管行胆道探查取石是可行的。

[中国普通外科杂志,2007,16(8):830-831]

关键词:胆管结石/外科学;胆道镜;液电碎石;经胆囊管胆道探查

中图分类号:R 657.4

文献标识码:C

自2001年5月—2006年10月,笔者对47例肝外胆道结石患者采用开腹胆道镜经胆囊管残端进镜行胆总管探查取石术,其中有32例联合应用液电碎石仪碎石,取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男19例,女28例;年龄21~73(平均47)岁。病程3月至3年,32例有黄疸病史。所有患者术前行B超检查,9例另行内镜逆行胰胆管造影(ERCP),6例另行CT检查,30例另行磁共振胰胆管造影(MRCP)。术前及术中诊断胆囊结石合并胆总管结石34例,慢性胆囊炎合并胆总管结石13例。多发结石27例,其中结石超过5枚者6例。结石直径0.4~2.5cm,胆总管直径0.8~2.4cm,平均1.3cm。所有患者既往无胆道手术史。

1.2 主要器械设备

OlympusCHF-P20胆管镜系列(胆管镜细镜最小直径为5mm),AcmiAEH-4液电碎石仪及胆道探子。

1.3 手术要点及方法

开腹后常规顺逆结合游离胆囊,胆囊管暂不结扎不剪断;解剖胆囊管,并判断胆囊管的直径是否可经胆囊管行胆道探查。若判断胆道镜细镜不可进入则改行胆总管切开;若判断胆道镜细镜可进入,则在距胆总管0.5~1.0cm处切断胆囊管移去胆囊,用胆道探子适度扩张胆囊管残端。胆道镜经胆囊管进入胆总管后,先探查肝总管和左右肝管

及其分支,再探查胆总管了解结石情况,并了解括约肌的功能。对结石较小可通过胆囊管取出者,用取石网篮直接取出;结石较大不能通过胆囊管取出者,采用液电碎石仪震碎结石,再用取石网篮取出或推入十二指肠。取石后再次用胆道镜检查有无残石,距胆总管约0.5cm处缝闭胆囊管残端。术毕均常规于温氏孔附近放置腹腔引流管,术后24~48h若无异常拔除腹腔引流管。

2 结果

47例患者中,9例单纯应用胆道镜经胆囊管取石,32例联合应用液电碎石仪碎石取石;上述患者均取净结石。其余6例中,2例因结石较多,操作困难且费时,改行胆总管切开;2例因解剖变异(1例胆囊管汇入胆总管变异,胆囊管于胆总管后方汇入胆总管左侧;另1例胆囊管与胆总管向下并行且过长),亦改行胆总管切开取石;另2例探查阴性(术前诊断为慢性胆囊炎合并胆总管结石,考虑为抗炎解痉后自行排石)。术后2例发生胆瘘,临床表现为引流管内引流出胆汁,无腹膜炎等表现,持续引流6d后痊愈。未发生其他严重并发症。平均住院日为9.2d。对手术后已达3个月的31例患者进行随访,均健康生活和工作的,未再发现胆道结石。

3 讨论

传统的胆道探查方法是胆总管切开,取石钳取石后置T管引流。该法有一定的盲目性,其阴性探查率约为50%,残石率约为16%~23%;采用术中胆道造影后阴性探查率约为6%~11%^[1]。随着胆道镜的广泛应用,改变了过去传统的胆道探查方式。胆道镜的优点在于操作安全无损伤,近似于直视下探查取石,其准确性优于胆道造影,

收稿日期:2007-01-05; 修订日期:2007-08-03。

作者简介:吴韬,男,云南昆明人,昆明医学院第一附属医院副教授,主要从事肝胆外科、内镜方面的研究。

通讯作者:吴韬 E-mail:zhouwen0987@163.com

残石率大为下降。但其术式一般需切开胆总管,入路仍为胆总管,仍需置T管引流,而T管引流有一定的并发症。

上述方法都忽略了胆囊管这一天然管道的存在,国外学者^[2]认为,无论采取开腹还是腹腔镜行胆道探查术,应首选经胆囊管途径探查取石;无法经胆囊管途径者,再经胆总管途径。一般认为,西方国家胆总管结石多为继发性者、有经胆囊管排石过程、胆囊管多较粗、内径较大、结石偏小,便于经胆囊管探查取石。我国继发性胆总管结石者约为10%~20%^[3],随着生活水平的提高,继发性胆总管结石有增多的趋势。

根据笔者的临床经验认为,凡具有胆道探查指征的患者,均可利用胆囊管这一天然通道,可首先考虑采用胆道镜联合液电碎石经胆囊管行胆道探查取石。该法尤其适用于:(1)胆囊管内径>5mm,便于胆道细镜进入探查者,因本院目前使用的胆管镜细镜的最小直径为5mm。(2)继发性胆总管结石,有经胆囊管排石过程的患者。此类患者大多有黄疸病史或胰腺炎病史,胆囊管往往较粗。禁忌证除与一般胆道探查术相同之外,有下列因素者也不适宜采用:(1)解剖因素,如胆囊管过细或闭塞,胆囊管经适度扩张后其内径仍<5mm,胆道镜仍无法插入者^[4];胆囊管汇入胆总管处解剖变异,如胆囊管汇入胆总管左侧,或胆囊管与胆总管向下并行过长,不利于胆道镜进入。本组有2例即属此种情况。(2)不允许长时间胆道探查冲洗的患者,如急性梗阻性化脓性胆管炎、急性胆源性胰腺炎等。不主张的理由是结石嵌顿、十二指肠乳头水肿、胆道压力较高,需切开胆总管并留置T管行胆道减压。(3)胆总管内结石过多,取石时间太长,此时其安全性及对机体的影响并不优于胆总管切开取石。(4)结石一次难以取净,需术后经T管窦道胆道镜取石者^[4]。

手术的要点在于:(1)充分解剖游离胆囊管,尽量游离至胆囊管与胆总管交汇处,以减少胆道镜进入的角度;(2)胆道探子扩张胆囊管须适度,不可勉强扩张,以免损伤胆总管;(3)术后常规放置腹腔引流管,可减少腹腔积液,预防和治疗胆瘘。本组有2例发生胆瘘,考虑与迷走小胆管损伤及胆囊管残端渗漏有关。

手术的关键在于对结石较大难于经胆囊管取出时的应

对方法。针对此问题,许多学者^[4-5]提出了不同的解决方法。笔者的应对方法是:联合应用胆道镜及液电碎石仪。液电碎石的机制^[6]是在远端两个电极之间瞬间高压放电,使局部液体汽化,产生高压冲击波,击碎结石。而在胆道镜的直接指引和监察下,液电碎石的定位更为准确,更为直观,可避免损伤胆道黏膜。击碎结石后再用取石网篮取出,或用水冲出,或将结石推入十二指肠,无需切开胆总管。本组有32例患者采用此种方式,效果良好。

综上所述,笔者认为胆道镜联合液电经胆囊管行胆总管探查取石是可靠、有效的。既保持了胆总管的完整性且无创伤,又避免了长时间留置T管所带来的种种并发症,恢复时间和住院时间缩短,为患者减轻了经济负担,且手术无严重的并发症,符合微创外科的原则。腹腔镜下胆道镜经胆囊管胆道探查术,本院尚未进行,国内已有报道^[5]。笔者认为对肝外胆管结石且有胆道探查指征的患者,可选择胆道镜联合液电碎石经胆囊管行胆道探查取石。

参考文献:

- [1] Rosenthal RJ, Rossi RL, Martin RF. Options and strategies for the management of choledocholithiasis [J]. *World J Surg*, 1998, 22(11): 1125-1132.
- [2] Decker G, Borie F, Millat B, et al. One hundred laparoscopic choledochotomies with primary closure of the common bile duct [J]. *Surg Endosc*, 2003, 17(1): 12-18.
- [3] 黄志强. 胆囊结石病[A]. 见:黄志强. 现代腹部外科学[M]. 湖南:湖南科学技术出版社,1994. 462.
- [4] 刘金钢,赵海鹰. 术中胆道镜经胆囊管行胆道探查的临床应用[J]. *中国实用外科杂志*, 2005, 25(6): 337-338.
- [5] 高峰,张大鹏,季春勇,等. 腹腔镜下纤维胆道镜经胆囊管行胆总管取石[J]. *中国普通外科杂志*, 1999, 8(5): 398-399.
- [6] Somnay K, Carr DL. Stones in the bile duct: endoscopic approaches [A]. In: LH Blumgart, Yuman Fong. *Surgery of the Liver and Biliary Tract* [M]. (英文原版)北京:人民卫生出版社,2002. 754.

关于优先处理、录用课题论文的启事

为及时反映全国各地临床医学的新成果、新技术、本刊将对获得国家、省、市等各类科研基金资助、立项课题的来稿,尽快审稿,对可用稿件尽快刊登。敬请全国各地医药科研临床工作者踊跃投稿。投稿时请附相关材料、资助项目文件的复印件、单位介绍信,并在稿件左下方脚注中注明基金资助项目名称、编号。