

文章编号:1005-6947(2008)02-0189-02

· 临床报道 ·

腹腔镜联合纤维胆道镜行胆总管切开取石 30 例临床观察

沈焯¹, 高军业², 钱琤¹, 慕海峰¹, 闻兆章¹

(1. 江苏省张家港澳洋医院 普通外科, 江苏 张家港 215600; 2. 江苏省泰州市人民医院 肝胆外科, 江苏 泰州 225300)

摘要:目的 探讨电视腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜取石在胆囊良性疾病合并胆管总管结石治疗中的应用效果。**方法** 总结分析 30 例胆囊良性疾病合并胆总管结石行腹腔镜胆囊切除+胆总管切开纤维胆道镜取石 T 形管引流治疗的临床资料。**结果** 28 例治愈, 残留结石 2 例(经 T 管再次纤维胆道镜取尽治愈)。平均住院天数 9 d。**结论** 腹腔镜联合纤维胆道镜行胆囊切除+胆总管切开取石 T 管引流术治疗胆囊良性疾病合并胆总管结石是安全、有效的。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(2):189-190]

关键词: 胆囊切除术, 腹腔镜; 胆总管结石; 纤维胆道镜

中图分类号: R 657.4

文献标识码: B

随着腹腔镜技术的成熟, 设备不断完善, 在腹腔镜胆囊切除术已广泛普及的基础上, 腹腔镜联合纤维胆道镜胆总管切开取石术也陆续在基层医院开展。2005 年 12 月—2007 年 9 月泰州人民医院及澳洋医院用腹腔镜联合纤维胆道镜行胆囊切除胆总管切开取石 T 管引流术治疗 30 例胆囊良性疾病合并胆管总管结石患者, 取得了满意的疗效, 现报告如下。

收稿日期: 2008-01-16; **修订日期:** 2008-02-22。

作者简介: 沈焯, 男, 江苏省张家港澳洋医院住院医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 沈焯 E-mail: paul-sy@163.com

9 例 MRCP 阴性的曾有胰腺炎病史者 3 例发现胆总管下段结石, 比例高达 33.3% (3/9)。对此类患者, 术者应高度警惕胆总管下端结石的存在。已知国内 70% 的胰腺炎是胆源性, 故对伴有胰腺炎病人的患者最好常规术中胆道镜检。实行上述措施后, 近 2 年来未再发生 LC 术后胆总管残留结石的病例。应注意, 对于腹腔镜下行胆总管胆道镜检查的患者, T 管留置时间应长些, 而不是一般的 2 周左右, 因 T 管在腹内行程长, 故瘘道壁形成的时间较长。

参考文献:

[1] 彭卫军, 周康荣, 陈财忠, 等. 磁共振胆道造影在胆道

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男 19 例, 女 11 例; 年龄 20~65 岁。术前诊断: 胆囊结石合并胆总管结石 26 例, 胆囊结石胆囊息肉合并胆总管结石 4 例。手术方式均采用腹腔镜胆囊切除+胆总管探查+纤维胆道镜取石 T 形管引流术。术后平均 7 d 行 T 形管胆道造影, 证实无残余结石后夹闭 T 形管, 停止胆汁引流。患者无须拆线, 于造影后第 2 天带 T 管出院, 术后平均住院天数 8 d, 术后 3 周返院再次造影后拔除 T 形管。

梗阻定位和定性诊断中的价值[J]. 中华放射学杂志, 1997, 31(10): 668-672.

[2] Munirk, BariV, Yakoub J, et al. The role of magnetic resonance cholangio pancreax tography (MRCP) in obstructive jaundice [J]. J Pak Med Assoc, 2004, 54(2): 128-132.

[3] 张频, 狄建忠, 陈巍, 等. 腹腔镜胆囊切除术前 MRCP 和 ERCP 检测胆总管结石[J]. 中华消化内镜杂志, 2005, 3(3): 193-194.

[4] 殷信道, 王丽萍, 卢铃铨, 等. 磁共振胰胆管成像结石 T1 加权, 成像对胆总管微小结石的诊断价值[J]. 中国临床医学影像杂志, 2007, 18(7): 497-499.

[5] Kim YK, Kim CS, Lee JM, et al. Value of adding T1-weighted image to MR cholangiopancreatography for detecting intrahepatic biliary stones [J]. AJR, 2006, 187(4): 267-274.

1.2 方法

术前准备与腹腔镜胆囊切除术(LC)相同。手术方法,患者取仰卧位,采用胆囊手术的四孔法。建立气腹,压力一般13~15 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。置入腹腔镜后直视下置入其余各套管,二助扶住腹腔镜显露视野,一助在术者对面用弹簧钳夹住胆囊底部并向上提起胆囊底,辨认胆囊三角解剖关系,先用钛夹分别阻断胆囊管及胆囊动脉,先不予以切断。胆总管显露清楚后,穿刺证实为胆总管,用电凝钩轻轻电凝胆总管前壁。用胆总管切开刀,在十二指肠上方向上挑开胆总管。从剑突下套内经转换套管放入纤维胆道镜,助手用无损伤钳轻轻抓住胆道镜头部将其置入胆总管切开口,通过胆道镜操作孔放入取石网取出结石。取石后,用胆道镜向上应可清楚见到左右肝管及其分支肝管开口,向下探查至胆总管下端开口,查无结石后,取适当型号T管。切除胆囊,彻底止血,温氏孔留置腹腔引流管1根,T管从右肋缘下套管孔引出。术后予以抗感染、补液等治疗。

2 结果

30例手术无中转开腹,手术时间100~180 min。均无明显术后并发症,术后第2天进流质饮食并下床活动,平均术后住院天数8 d,带T管出院。30例均于出3周后回医院行T管造影,其中28例胆道无残留结石,予以拔除T管;2例发现胆道残留石,经再次纤维胆道镜取尽治愈后拔除T管。

3 讨论

腹腔镜胆囊切除术已成为治疗胆囊良性疾病的金标准^[1],但对胆管结石的治疗意见仍不一致。传统上治疗胆管结石是开腹行胆道探查、T管引流术。自Phillip^[2]于1991年率先报道腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜取石、T管引流术(LCHTD)以来,目前国内陆续成功地开展了该手术^[3],但仍主要局限在三级以上医院。纤维胆道镜常规应用是在开腹胆总管探查时套取肝内外胆管结石时使用^[4],LCHTD是国内近年来在腹腔镜手术基础上利用纤维胆道镜完成胆道内操作的一种新技术,它给腹腔镜手术拓宽了道路,使其既有腹腔镜手术的痛苦小、损伤轻、脏器干扰少、恢复快的优点,又有开腹手术总胆管切开创石T管引流的治疗效果,使相当部分肝内外胆管

结石患者在不开腹的状态下得到治愈的目的^[5-7]。但并不是所有胆总管结石患者都适合腹腔镜联合纤维胆道镜胆总管切开创石,笔者结合他人及自己临床经验提出以下几点。手术适应证为:(1)单纯胆总管结石伴或不伴胆囊结石,胆总管略扩张者,近期内应无严重的急性胆管炎发作;(2)胆总管中、下段单个结石,结石直径小于1.5 cm;(3)胆总管结石合并胆道蛔虫症需要手术治疗者;(4)其他良性胆囊疾病合并胆总管小结石患者;(5)胆总管多发小结石(笔者曾从胆总管取出45颗0.2×0.3 cm结石)。手术禁忌证:(1)肝内胆管结石常合并肝内胆管狭窄;(2)比较大的胆色素结石;(3)嵌顿在胆总管下端的结石;(4)胆总管直径<5 mm者;(5)腹腔内粘连严重者。常见并发症的预防:(1)术中操作轻柔,避免损伤胆道黏膜导致出血;(2)术前选择胆总管直径>5 mm,可预防术后胆管狭窄;(3)管周围涂生物蛋白胶及T管周围间断缝好后注意打水试验一下是否漏液可有效减少胆漏的发生;(4)术中尽量完整取出结石可预防胆管残余结石;(5)术中T管方向一定不能扭转,可预防T管过早滑脱。

笔者认为LCHTD手术的具有:切口小,创伤轻微,对腹腔内脏器刺激少,胃肠功能恢复快,住院时间短,总费用少,安全,显著疗效等优点值得推广。

参考文献:

- [1] 胡三元. 腹腔镜外科手术彩色图谱[M]. 山东科学技术出版社,2004.13-23.
- [2] Phillip EP. New techniques for the treatment of common bile duct calculi encountered during laparoscopic cholecystectomy [J]. Probl Gen Surg, 1991, 8(3):387.
- [3] 胡三元,牛军,姜希宠,等. 腹腔镜胆总管切开创石术93例报告[J]. 中华肝胆外科杂志,1999,5(2):131-132.
- [4] 廖代祥,徐勇,蒲永东. 胆道镜治疗37例复杂性肝胆管结石的临床体会[J]. 中国综合临床,2007,23(1):61-63.
- [5] 陈学敏,孙冬林,薛卫. 纤维胆道镜辅助下胆总管探查一期缝合56例临床分析[J]. 中国普通外科杂志,2007,16(7):710-711.
- [6] 张坤,张绍庚,江艺,等. 手助腹腔镜联合胆道镜行肝左外叶切除胆总管探查术[J]. 中国普通外科杂志,2007,16(2):107-109.
- [7] 陈积圣. 肝胆管结石的微创治疗的进展[J]. 中国微创外科杂志,2007,7(2):93-94.