

文章编号:1005-6947(2005)01-0007-03

·胆石症专题研究·

胆囊管结石的治疗:附158例报告

陈佐会, 罗平

(湖北民族学院医学院附属医院 普通外科, 湖北 恩施 445000)

摘要:目的 探讨胆囊管结石的治疗方法。方法 回顾性分析近6年来收治的158例胆囊管结石病例的临床资料。结果 97例胆囊管结石行开腹手术取出结石;61例胆囊管结石行腹腔镜胆囊切除手术,其中49例于术中切除胆囊时一并取出结石,12例于术后经十二指肠镜取出结石。结论 胆囊管结石尽可能于术中切除胆囊时一并处理,如结石或结石碎片掉入胆总管,除开腹手术时可切开胆总管取出结石外,行LC者于术后经十二指肠镜处理,不失为一种创伤小、恢复快、疗效肯定的治疗方法。

关键词:胆结石/外科学;内窥镜术

中图分类号:R657.4;R730.49

文献标识码:A

Treatment of cholecystic duct stones: a report of 158 cases

CHEN Zuo-hui, LUO Ping

(Department of General Surgery, The Affiliated Hospital, Hubei Institute for Nationalities, Enshi, Hubei 445000, China)

Abstract: **Objective** To study the therapeutic methods of cholecystic duct stones. **Methods** A retrospective analysis of the clinical data of 158 cases of cholecystic duct stones treated in the recent 6 years was made. **Results** 97 of the 158 cases of cholecystic duct stones were removed by open surgical operation and 61 cases by laparoscopic cholecystectomy (LC). In 49 of the 61 cases treated with LC, the cholecystic duct stones were removed together with removal of the gallbladder, and 12 by duodenoscopy after LC. **Conclusions** One should strive to extract the cholecystic duct stones while removing the gallbladder. If the stones or stone fragments escape into the common bile duct, they could be removed through a choledochotomy at the time of the open operation, or by postoperative duodenoscopy in cases undergoing LC. The latter method of treatment is associated with minor trauma, quick recovery and definite therapeutic results.

Key words: CHOLELITHIASIS/surg; ENDOSCOPY

CLC number: R657.4; R730.49

Document code: A

胆囊管结石的传统治疗方法是术中将结石推挤入胆囊内,与胆囊一并切除。如术中结石不慎滑入胆总管内,则经胆囊管或切开胆总管取出结石^[1]。随着十二指肠镜的出现,相关器械的发展,以及操作技术的提高和手段的丰富,对于滑入胆总管的结石,可用十二指肠镜处理,从而避免了胆总管切开、T管引流等创伤大、恢复时间长的手术方式^[2]。近年来,我科采用十二指肠镜配合手术治疗

胆囊管结石,效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院1996年2月~2004年8月手术治疗胆囊管结石158例。其中男68例,女90例;年龄为18~68(平均42)岁。病程0.5~18年。8例无任何症状于体检时发现胆道结石来院治疗,余150例均有反复上腹部疼痛等不同程度症状。27例合并血清谷丙转氨酶(ALT)、胆红素增高,25例合并发热,7例合并梗阻性黄疸。术前确诊75例(47.7%)中,经B超确诊19例,经ERCP确诊56

收稿日期:2004-12-01; 修订日期:2004-12-25。

作者简介:陈佐会(1968-),男,湖北利川人,湖北民族学院医学院附属医院副主任医师,主要从事肝胆、胃肠方面的研究。

通讯作者:陈佐会 电话:0718-8243250(H); E-mail: eschenzhys@sina.com。

例;单纯胆囊管结石9例,胆囊结石合并胆囊管结石49例,肝内胆管结石、胆总管结石合并胆囊管结石17例。术中确诊83例(52.3%)中,无单纯胆囊管结石,4例合并Mirizzi综合征,其余均合并有一种以上肝胆管结石。合并梗阻性黄疸者,4例术前经十二指肠镜行胆总管取石治疗,胆总管梗阻获得解除,随后行腹腔镜手术治疗;3例术前未行十二指肠镜治疗,而直接行开腹手术治疗。

1.2 治疗方法

1.2.1 开腹手术 97例。术中将胆囊管内的结石用手或手术钳推入胆囊内,在结石的下方结扎胆囊管,以防止结石滑入胆总管内,然后行剥离胆囊等操作。本组中5例在解剖胆囊三角、显露胆囊管时,不慎使结石滑入胆总管内,5例全部行胆总管切开取出结石,术中常规放置T管引流。

1.2.2 腹腔镜手术 61例。腹腔镜手术时在显露胆囊管后,用分离钳或钛夹钳将结石向胆囊内推挤,于结石的下方钳夹钛夹或用丝线结扎。本组中9例在显露胆囊管时,结石滑入胆总管内;另3例因结石嵌顿、粘连于胆囊管内,向胆囊推挤失败,遂将结石用钛夹钳夹碎,夹碎后的结石碎片尽可能地胆管内推挤,然后行胆囊切除,少许结石碎片让其自行掉入或推挤入胆总管内。上述12例术中行ERCP检查均见胆总管通畅无梗阻,未行取石或EST等进一步操作。滑入或挤入胆总管的结石,术后2~4周内全部成功地经十二指肠镜行胆总管取石。

2 结果

2.1 手术结果

本组158例胆囊管结石病例,开腹手术97例全部于术中取出结石。腹腔镜手术61例中,49例于术中切除胆囊时一并取出,9例术中结石滑入胆总管,另3例术中夹碎胆囊管内结石后部分结石掉入胆总管内,均于术后2~4周内经十二指肠镜行胆总管取石成功。上述12例均于术中行ERCP检查,确认进入胆总管内的结石未造成胆总管梗阻、影响胆汁引流,故未行EST、切开胆总管等操作。

2.2 术后并发症

开腹手术97例,切口脂肪液化3例,切口感染1例。腹腔镜手术61例无切口相关并发症。158例术后均无黄疸、出血、胆漏等严重近期并发症发

生,术后1~8周行B超、ERCP等检查未见胆囊管残株炎或胆总管残石。

2.3 术后随访

128例获得随访。随访1~6个月。胃镜检查确诊胆汁返流性胃炎者16例,经行制酸、保护胃黏膜等治疗痊愈;15例间歇性上腹部隐痛不适,B超检查排除明显器质性病变,考虑为术区炎性反应,予抗生素、抗炎等治疗痊愈;随访128例常规行B超、ERCP等检查,均未见胆囊管残株结石或胆总管残石。

3 讨论

胆囊管结石可单独存在,也可与胆囊结石及其它肝外胆管结石合并存在,胆囊管结石单独存在的情况较为少见^[3]。胆囊管结石的术前诊断多依靠B超确定。因胆囊管与胆总管等结构毗邻或因胆囊管较长而迂曲等原因,胆囊管结石极易误诊为胆总管结石等肝外胆管结石^[4]。故胆囊管结石的术前确诊较为困难。ERCP对于胆囊管结石的诊断有十分重要的意义^[5],本组术前经ERCP检查确诊56例,占术前确诊病例的74.6%。胆囊管结石术前确诊的价值在于确定胆囊管结石术中处置预案,术中操作时留意防止胆囊管结石滑入胆总管,避免胆囊管残留过长而出现术后残株炎、或在腹腔镜手术时钛夹钳闭不可靠而出现术后意外脱落。胆囊管结石多于术中确诊,本组术中确诊83例,在术者所在医院ERCP技术较为成熟的情况下,需术中确诊者仍高达52.3%。在开腹手术中,可用手直接接触及而确诊;在腹腔镜手术中,如发现胆囊管增宽、有突出感或串珠状表现时,应考虑或确诊胆囊管结石的存在^[6]。

无论是传统开腹手术或是腹腔镜手术,处理胆囊管结石的基本原则都是尽可能将结石推挤入胆囊内,然后按胆囊结石处理^[7],即切除胆囊及其内结石。结石嵌顿于胆囊管或滑入胆总管,传统的方法是手术切开胆囊管胆总管切开结石、T管引流。此方法的缺点是,创伤大、并发症多、恢复时间长。腹腔镜、胆道镜联合应用,是将胆道镜经胆囊管残端或胆总管切口插入,然后取出结石。此方法的缺点是,设备及技术要求高,取石操作困难^[8],受胆囊管粗细的制约,并需要T管引流。随着十二指肠镜相关器械的发展和技术的提高,对于结石嵌顿于胆囊管的病例,在向胆囊内推挤结石失败的情况下,可将结石夹碎,允许有部分结石残片坠入胆总

管,然后于术中经胆道镜处理或术后经十二指肠镜处理,而毋需切开胆总管。为避免进入胆总管内的结石导致术后梗阻性黄疸而再次手术,应于术中常规行 ERCP 检查,确认进入胆总管内的结石没有造成胆总管梗阻及影响胆汁引流。如发现进入胆总管内的结石造成了胆总管梗阻,应于术中行取石、EST 等治疗和引流,或必要时切开胆总管或中转为开腹手术。本组 12 例术中胆囊管结石进入胆总管内,术中常规行 ERCP 检查均未发现结石造成胆总管梗阻而未行取石、EST 等进一步操作。此方法的特点创伤小、恢复极快。传统观念认为,梗阻性黄疸为切开胆总管的绝对指征,随着十二指肠镜技术的发展,可于手术前行内镜治疗解除胆总管梗阻,然后行腹腔镜手术而不需切开胆总管。本组 7 例合并梗阻性黄疸,其中 4 例即是用上述方法处理。由此可见,十二指肠镜取石,是目前胆囊管结石嵌顿或滑入胆总管内最好的处理和补救措施,并已成为治疗梗阻性黄疸的一种重要方法。

参考文献:

- [1] 黄志强. 腹部外科手术学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,2002. 1104-1109.
- [2] 李智华,周永碧,陈敏,等. 内窥镜治疗胆胰疾病 746 例的临床观察[J]. 中华普通外科杂志,2003,18(5):270-272.
- [3] 黄志强. 现代腹部外科学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1995. 441-445.
- [4] 马湛. 胆囊管结石的超声鉴别诊断[J]. 河南职工医学院学报, 2002,14(2):147-148.
- [5] Slot WB, Schoeman N, Disario JA, et al. Needle-knife sphincterotomy as a precut procedure: retrospective evaluation of efficacy and complications[J]. Endoscopy, 1996,28(5):334-339.
- [6] Joseph S, Carvajal S, Odwin C, et al. Sonographic diagnosis of mirizzi's syndrome[J]. J Clin Ultrasound, 1985,13(1):199-201.
- [7] 王继亮,王国斌,卢晓明,等. 腹腔镜胆囊切除术中胆囊管结石的临床处理[J]. 中国内镜杂志, 2004,10(4):102-103.
- [8] 钟立明,张风涛,叶建宇,等. 腹腔镜胆总管切开取石术后内置管引流与 T 管引流临床研究[J]. 中国现代医学杂志,2002,12(9):35-37.

文章编号:1005-6947(2005)01-0009-01

· 病例报告 ·

胃窦部及胃贲门息肉同时癌变 1 例

白铁成, 王长印

(陕西省延安大学附属医院 普通外科, 陕西 延安 716000)

关键词:胃肿瘤/病理学; 腺癌/病理学; 息肉/病理学; 病例报告

中图分类号:R735.2; R730.261

文献标识码:D

患者 男,58岁。因呕血10h余入院。共呕吐3次,呕吐鲜血约1500 mL。体查:体温36.8℃,心率120次/min,呼吸22次/min,血压90/60 mmHg。贫血貌。上腹压痛阳性,未触及血块。肠鸣音5~6次/min。入院诊断:上消化道大出血。入院后即给予输血,止血,输液等处理,急诊胃镜检查提示:胃窦部前壁可见一直径约1.5 cm

×1.5 cm 息肉样隆起病变,有蒂,基底较宽,有活动性出血,取活检并给予电凝,烧灼处理。胃贲门近侧有一直径1.2 cm × 1.2 cm 息肉样隆起病变,有蒂,同样给予电灼去除。胃镜后的2h患者又出现呕血,量约500 mL。术前准备后,立即在全麻下行剖腹检查,术中首先打开胃腔,找到2处息肉样病变烧灼处,胃窦部病灶仍在活动性出血,楔形切除2处病灶1块组织,快速冷冻、并送病理检查均提示为恶性病变,乃行全胃切除、食管P 祥空肠吻合术。术后病检报告:胃窦部为腺癌,侵及深肌层;胃贲门部为黏液腺癌,侵

及肌层。术后痊愈出院。

讨论 胃癌有一定的好发部位,根据 palino 等报告,有3.5%为多灶性。胃息肉的发生率不足1%,它主要可分为增生性息肉,占胃息肉的75%~90%,癌变率仅1%左右;其次为腺瘤样息肉,占胃息肉的10%~25%,癌变率达40%~77%。

息肉的直径超过2 cm,癌变机会更多。本例患者以上消化道大出血就诊,胃镜提示胃窦、胃贲门部息肉,胃窦部病灶并发大出血,且2个息肉均有癌变,实属少见。

收稿日期:2004-04-06。

作者简介:白铁成(1968-),男,陕西延安人,陕西省延安大学附属医院副主任医师,主要从事胃肠及肝胆方面的研究。

通讯作者:白铁成 电话:0911-2318822 (H), 13892196832(手机)。