

腹腔镜联合十二指肠镜治疗肝外胆管结石 21 例临床分析

曹小进, 李双喜, 滕毅山, 孙 敏

(昆明医科大学第二附属医院肝胆胰外科三区, 云南 昆明 650101)

[关键词] 腹腔镜; 十二指肠镜; 肝外胆管结石; 治疗

[中图分类号] R657.4*2 [文献标识码] A [文章编号] 2095 - 610X (2014) 02 - 0132 - 02

肝外胆管结石是一种较常见的疾病, 传统手术治疗开腹切口, 先行胆囊结石胆囊切除, 后行胆总管切开盲视下去取石 T 管引流, 术后背引流袋 2~3 周, 术后 8~10 d 后折线, 3~4 周后可行 T 管造影后示病情有无存留结石考虑是否可以拔除 T 管引流, 恢复时间长, 手术效果不肯定. 自开展内镜微创胆道手术以来, 手术时间变短, 患者得到很好治疗, 效果满意. 现将昆明医科大学第二附属医院自 2013 年 2 月至 6 月收治 21 例肝外胆管结石患者进行治疗分析.

1 资料与方法

1.1 临床资料

共收集肝外胆管结石患者 21 例, 男 12 例, 女 9 例, 年龄 28~74 岁, 平均 46 岁, 术前均行 B 超、CT、MRI 检查, 术前行 B 超明确诊断 12 例, CT 诊断 16 例, 核磁共振 (MRI) 及核磁共振胆道水成像 (MRCP) 明确诊断 20 例. 肝功能正常 16 例, 酶学及胆总红素, 直接、间接胆红素异常 15 例. 胆总管直径约 1.2~1.8 cm, 胆总管结石 1~4 枚, 直径约 1.2~1.5 cm. 血常规正常 14 例, 异常 7 例, 凝血功能正常 13 例, 异常 8 例, 血淀粉酶正常. 合并高血压病 6 例, 合并糖尿病 4 例, 同时合并高血压病, 糖尿病者 4 例. 均行内镜下十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) + 腹腔镜胆囊切除术 (LC) 手术治疗, 效果满意.

1.2 治疗方法

患者术前禁食水 8~12 h, 术前肌注丁溴东莨菪碱针 20 mg, 口服盐酸达克罗宁胶浆 10 mL, 取左侧卧位, 在口咽局麻下, 内镜通过食管, 胃腔进入十二指肠后, 变更体位为俯卧位并将内镜拉

直, 寻找到十二指肠内侧乳头, 经十二指肠乳头扩张术后插管, 导丝深插, 进入胆管, 用进口 (KD-V) 乳头切开刀导管切开乳头, 切口约 5 mm, 进口取石滤网 (FG-V) 插入胆管, 注入造影剂, 先行逆行胰胆管造影后, 明确胆总管结石开始治疗. 透视下发现胆总管结石后, 用普通取石网篮或气囊取出结石, 观察切开无出血, 再次造影透视观察未见结石影像, 胰管未显影. 随后常规放置鼻胆管 (ENBD) 引流术. 术后禁食水 8 h, 常规补液, 应用奥曲肽针、泮托拉唑针、硫酸镁针 3 d, 奥硝唑抗炎 3 d, 观察患者无腹痛, 无发烧和出血, 术后第 5 天可以行常规方法腹腔镜下胆囊结石胆囊切除术治疗.

2 结果

21 例患者均手术成功, 顺利出院, 平均住院时间 16 d. B 超术前明确诊断 57%, CT 术前明确诊断 76%, MRI 术前明确诊断 95%. 有 1 例因为出现 EST 术后腹痛, 发烧, 恶心、呕吐, 剑突下有压痛, 反跳痛等急性胰腺炎症状体征, 随后长时间禁食, 术后 2 周行 LC 手术治疗后安全出院. 2 例患者由于并有急性胆囊炎, 胆囊床出血渗出较多, 术后温氏孔给予留置腹腔引流管观察 3~4 d 安全拔除. 2 例患者因出现脐周进镜入口感染, 经过换药处理后, 愈合出院.

3 讨论

3.1 肝外胆管结石目前存在 2 种微创模式

1 种是 LC 加腹腔镜下胆总管切开取石术 (LCBDE), 1 种是 EST 取石加 LC 治疗. 对于这 2

[作者简介] 曹小进 (1970~), 男, 河南平顶山市人, 在读硕士研究生, 主治医师, 主要从事肝胆疾病临床研究工作.

[通讯作者] 孙敏. E-mail: caxiji@163.com

种治疗方法, 多数国内外学者报道, 无论那种治疗方式均是安全有效的, 结石取净率无明显差异. 有学者认为内镜下取出胆总管结石腹腔镜胆囊切除术, 已成为治疗胆总管结石合并胆总管结石的金标准^[1]. 现在经十二指肠镜胆总管取石已成为胆总管结石治疗的主要手段并被多数学者公认为首选方法^[2]. 传统开腹手术行胆囊切除, 胆总管切开取石术须行 T 管引流有以下弊端^[3]: (1) 盲视下切开胆总管探查凭经验掏取结石, 容易遗漏结石; (2) 反复胆道下端掏取结石, 易致胆管组织水肿、狭窄、甚至胆道损伤出血、十二指肠穿孔等并发症, 一旦出现十二指肠穿孔, 死亡率极高; (3) 患者痛苦大, 住院时间长、费用高. 而 LC+LCBDE 术式创伤虽小, 同样患者也存在 T 管引流问题, 长时间引流胆汁, 易致水电解质紊乱, 手术带来 T 管背袋时间比开腹时间更长, 甚至术后 2~3 月才能拔除 T 管, 存在 T 管护理困难, 给患者生活带来不便, 似乎有点失去微创优越性. 然而 EST+LC 手术同时兼有上述二者优点, 以 ENBD 管引流代替常规金典 T 管引流作用, 改变传统术式, 起到以最小创伤, 达到恢复最好手术效果, 住院时间缩短, 恢复快. 上述 21 例患者均经过 EST+LC 治疗顺利康复出院.

3.2 有关 EST 操作问题

在进行 EST 手术前常规行 ERCP 造影置管了解胆总管内结石部位、大小、多少, 置管时避免进入胰管内, 注射造影剂时应该缓慢, 套石宜轻柔, 可以降低胰腺炎, 胆管炎发生. 为了减少并发症出现, 操作内镜时, 应重点放在寻找乳头, 摆正乳头位置, 而不要急于插管, 因为盲目插管和反复胰管显影是造成急性胰腺炎主要原因^[4]. 行 EST 切开时, 有术后出血, 肠痿发生^[5]. EST 操作时胰腺炎发生与患者自身因素、操作者的人为因素二者有紧密关联. 上述 21 例患者中, 有 1 例发生急性胰腺炎, 经过手术后禁食水, 制酸剂、生长抑素、硫酸镁针解痉等处理控制症状, 随后行 LC 安全手术治疗. 在本组中经过娴熟技术操作, 避免发生出血, 肠痿, 胆痿发生.

3.3 EST-LC 先后问题

是否先行 EST, 后 LC 问题目前至今已没有一个明确回答. 根据 EST 手术时机可以分为 LC 术前, LC 术后, 及同时进行 3 种术式. 目前治疗胆总管结石伴有胆总管结石较流行术式为 LC 术前行 EST, 术前行 EST 取石能较直观显示胆囊管与胆总管之间关系以及胆总管内结石的位置及数量, 能够起到预测 LC 手术难度及预防 LC 并发症方面提供有效的信息. 另一方面, 术前行 EST 检查, 还能

发现右侧副肝管和异常胆囊管汇入胆管情况, 从而起到避免医源性胆管损伤^[6], LC 术前行 EST 治疗, 还可以避免一旦 EST 不成功, 二次入手术室麻烦. 缺点为一旦行 LC 手术后, 有可能将胆囊内细小结石通过扩张胆囊管重新掉入胆总管内, 发生继发性结石. 结合大部分文献, 笔者认为, 目前趋势是同意先行 EST, 后行 LC 手术处理. 二者间隔时间一般为 3~5 d, 文献报道^[7] LC 与 EST 间隔时间越短越好. 胆总管结石合并胆总管结石时, 胆总管结石往往继发于胆囊结石, LC 与 EST 间隔时间越短, EST 后胆总管再次继发结石的机会越少. EST 后行 LC 操作时, 尽量减少牵拉胆囊管, 避免胆囊内小结石掉入到胆总管内. 上述 21 例患者, 昆明医科大学第二附属医院都是先行 EST, 后 LC 治疗, 效果比较满意. 至于 EST 与 LC 同时手术治疗, 对麻醉及内镜师的要求都比较高, 目前国内少数几所医院开展此类术式.

3.4 术后并发症防治

术后只要术中操作仔细, 解剖清晰, 妥善止血, 术前仔细阅读 CT 及 MRI、MRCP 影像学资料, 可以避免胆管及大血管损伤, 避免术后二次手术. 本组讨论 21 例患者, 没有再次因为术后出血、胆漏二次手术. 本组中术后有 2 例由于急性胆囊炎, 胆囊结石, 剥离胆囊床有渗血较多, 于温氏孔放置引流管 1 根, 术后 3~4 d 安全拔除. 有 2 例患者出现脐周进腹腔镜口脂肪液化、渗出感染、换药后处理后, 延期愈合恢复出院.

3.5 B 超、CT、MRI+MRCP 利弊

术前诊断, 本组 21 例患者术前均作 B 超, CT, MRI+MRCP 检查. B 超检查由于经济无创等优点, 作为主要筛选手段, 由于胆总管下端受到肥胖, 十二指肠道气体等影响, 干扰, 胆总管下端内细小结石易于漏诊, 导致术前明确诊断困难, 本组中 B 超阳性诊断率为 57%. 由于 CT 对于胆固醇结石诊断率较高, 但对胆色素结石分辨率较低, 而胆总管结石中常以胆色素结石多见, 故 CT 检测的正确率较低^[8], CT 为横断面扫描, 对不典型病例也难以作出正确诊断, 本研究中 CT 检查的阳性率为 76%. 核磁共振胆道成像检查有助于发现胆总管结石, 阳性率较高, 本组中 MRI+MRCP 诊断率为 95%. 从本组中, 可以得出 MRI 在诊断胆总管病变方面有独到之处, 能提高术前正确诊断率, 为术中治疗起到很好指导作用.

随着影像技术发展, 肝外胆管结石术前正确诊断率明显得到提高. 同时随着 LC 的广泛开展和

(下转第 141 页)

旋转等症, 昼轻夜重, 时口苦, 心烦易怒, 纳可、多汗、眠差、二便调. 查: 双耳通畅, 无异常分泌物, 双耳听力尚可, 舌质暗红, 舌苔黄腻, 脉细弦. 既往体健, 中医诊断为耳鸣, 属肝火上炎, 闭阻清窍, 西医诊断为神经性耳鸣, 上法穴位注射配针灸治疗, 取穴: 耳门、听宫、翳风、完骨、中诸、足三里、太冲、行间、针用泻法, 每日1次, 与位注射选取完骨穴与翳风穴连线中点处及颈夹脊穴进行穴位注射, 1次/1周. 1周后复诊耳鸣已缓解, 再用上法治疗1周后耳鸣消失.

3 讨论

耳鸣的病因很多, 但最终均为内耳前庭供血不足引起, 由于情绪变化或其他因素可引起神经系统功能紊乱, 使内耳神经功能调节失调, 导致内耳神经、血管功能紊乱或大脑皮层的听觉中枢出现异常神经信号^[2], 从而引起耳鸣. 针灸治疗耳鸣在临床上虽然已属常见, 但用高渗葡萄糖较大剂量穴位注射的治疗方法报道不多. 本组大剂量穴位注射的目的是增强穴位的渗透性, 扩张血管, 改善微循环, 增加内耳前庭的供血, 且用高渗的葡萄糖溶液, 可改变细胞的渗透压, 纠正内耳缺

氧状况并能及时排出有害物质, 更利于减轻神经的水肿, 改善内耳供血, 增强耳内代谢. 维生素 B₁ 及维生素 B₁₂ 能营养神经, 维持神经系统的正常功能. 针灸治疗取穴主要以少阳经为主, 《灵枢·经脉》篇记载手少阳和足少阳经“其支者, 从耳后入耳中, 出走耳前”, 说明两条经与耳的关系较密切, 故针刺听宫、翳风、听会等穴可很好的疏通手足少阳经穴, 阳明经为多气多血之经, 针刺可增加内耳前庭供血. 故针刺加穴位注射配合运用, 加之养血活血药物的作用, 可通过经络反射和经络循环, 更好的改善耳周循环, 增加供血, 更好的发挥治疗作用. 配用电针, 电波能改善中耳和内耳的血液循环, 减轻细胞水肿, 改善内耳前庭供血, 有利于恢复正常生理功能. 此病治疗早期疗效较好, 若缺血时间过长不易恢复.

[参考文献]

- [1] 管遵惠. 杏轩针经-管正斋针灸学术经验经要[M]. 昆明: 云南科技出版社, 2002:75.
 - [2] 陈兴奎. 针刺加穴位注射治疗神经性耳鸣42例[J]. 上海针灸杂志, 2000, 19(5):29.
- (2013-12-18 收稿)

(上接第 133 页)

内镜下技术的逐渐成熟, EST+LC 也成为治疗胆囊结石合并肝外胆管结石的一种重要方法^[9]. 联合腹腔镜、十二指肠镜治疗肝外胆管结石为患者免除开腹手术, 良好微创手术效果, 取得很好社会效益, 渐渐得到医疗界认可, 是一种安全有效优势互补微创术式结合.

[参考文献]

- [1] 刘世辉, 李云山, 刘雄昌, 等. 腹腔镜联合十二指肠镜治疗胆囊结石并胆总管结石 [J]. 甘肃医药, 2012, 31(12):921-922.
- [2] 黄永德, 胡困敏, 张成华, 等. ERCP联合LC治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2011, 16(5):332.
- [3] 王中会, 戴春雷, 金虎. 内镜下EST联合LC治疗老年人胆囊结石并胆总管结石的疗效分析[J]. 中国临床研究, 2013, 26(3):243.
- [4] 胡维杰, 吴万桂, 李欣, 等. 内镜下切开十二指肠乳头

括约肌治疗胆总管结石135例临床分析[J]. 东南国防医药, 2013, 15(2):13.

- [5] KUMARV, PANDE C K. Complicationns of cholecystectomy in the era of laparoscopic surgery [J]. Trop Gastroenterol, 2001, 22(2):72-79.
- [6] 丁宪群, 张建, 陈英. ERCP、EST在LC术前的应用价值 [J]. 贵州医药, 2002, 26(6):533-534.
- [7] DEVRIES A, DONKERVOORT S C, VANGELOVEN A A, et al. Conversion rate of laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiography in the treatment of choledocholithiasis. Does the time interval matter [J]. Surg Endosc, 2005, 19(7):996.
- [8] 宋敏, 黄晓东, 王萍, 等. 不同方法对胆囊切除术后胆总管结石患者的诊疗评价 [J]. 临床消化病杂志, 2008, 20(1):50-52.
- [9] 尚鹏, 张勇, 王建华, 等. 内镜与腹腔镜治疗胆囊结石并胆总管结石[J]. 中国现代普通外科进展, 2011, 14(7):582-583.

(2013-12-03 收稿)