腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊胆总管结石临床特点分析

宁小江,胡中生,朱小林 (垫江县人民医院肝胆外科,重庆 垫江 408300)

[摘 要] **目的** 分析腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊胆总管结石的临床特点。**方法** 将 161 例胆囊胆总管结石患者随机分成两组,其中对照组(81 例)采取传统的开腹手术方式治疗,观察组(80 例)采用腹腔镜联合胆道镜治疗,分析并比较上述两组患者的临床相关资料。**结果** 两组患者的切口长度、出血量、住院天数、治疗费用、切口感染、术后疼痛、术后肛门排气时间及术后 H-CRP 水平比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 腹腔镜联合纤维胆道镜取石具有创伤小、成功率高、恢复快、住院时间短、费用低以及术后并发症少等优势,充分体现了现代微创手术的治疗理念。

[关键词] 腹腔镜;胆道镜;胆囊胆总管结石;治疗
[中图分类号] R657.42 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)06-0656-03

Clinical analysis of laparoscopy combined with fiberoptic choledochoscope for common bile duct and gallbladder stone

NING Xiao-jiang, HU Zhong-sheng, ZHU Xiao-lin (Department of Hepatobiliary Surgery, People's Hospital in Dianjiang County, Dianjiang Chongqing 408300, China)

Abstract: Objective To analyze the clinical characteristics of laparoscopy combined with fiberoptic choledochoscope in the treatment of common bile duct and gallbladder stone. **Methods** Totally 161 patients with common bile duct and gallbladder stone were randomized into two groups. The patients in control group ($n=81$) were treated with open cholecystectomy while those in experimental group ($n=80$) were given laparoscopy combined with fiberoptic choledochoscope. The data of the two groups were compared and analyzed after the therapy finished. **Results** There were marked differences between two groups in incision length, intraoperative bleeding, hospital duration, treatment costs, incision infection, postoperative pain, recovery time of postoperative intestinal peristalsis and H-CRP level ($P<0.05$). **Conclusion** The therapy of laparoscopy combined with fiberoptic choledochoscope for common bile duct and gallbladder stone is effective, minimally invasive and with fewer postoperative complications, it fully embodies the concept of modern minimally invasive surgery.

Keywords: laparoscopy; fiberoptic choledochoscope; common bile duct and gallbladder stone; treatment

胆石症是肝胆外科常见病之一,其中有 10% ~ 15% 的胆囊结石患者合并有胆总管结石[1]。该类肝胆管结石具有病情复杂、并发症发生率高、手术治疗易复发、术后结石残留率高等特点[2]。随着腹腔镜技术的不断发展,纤维胆道镜在腹腔镜的配合下可以准确去除结石,不仅微创,而且具有较好的治疗效果,目前已经逐渐取代常规的开腹手术,成为治疗胆囊胆总管结石较为常规的微创治疗方法[3]。我院 2007 年 6 月至 2010 年 6 月收治 161 例胆石症患者,其中 80 例采用腹腔镜联合胆道镜治疗,现将临床特点分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 161 例胆石症患者均行 B 超、ERCP 或 MRCP 检查,术中诊断依据术中胆道镜检查和胆道造影,全部病例均诊断为胆囊炎合并胆总管结石。入选者按照随机数字表法随机分成两组,对照组 81 例中,男 30 例,女 51 例;年龄 27 ~ 80 岁,平均(53.4 ± 9.3)岁;胆囊结石直径 0.5 ~ 2.0 cm,结石数目 1 ~ 6 枚;胆总管直径 1.0 ~ 2.5 cm,胆总管结石直径 0.5 ~ 2.5 cm,结石数目 1 ~ 5 枚不等。观察组 80 例中,男 28 例,女 52 例,年龄 29 ~ 82 岁,平均(55.1 ± 8.7)岁;胆囊结石直径 0.6 ~ 2.0 cm,结石数目 1 ~ 7 枚不等;胆总管直径 1.2 ~ 2.5 cm,胆总管结石直径 0.6 ~ 2.5 cm,结石数目 1 ~ 6 枚不等。所有入选者的肝功能检查 GPT 和 GOT 均小于 80 U/L。两组患者的基本症状及黄疸情况。经过统计学处理发现,两组患者的年龄、性别、结石情况、黄疸情况及基本症状等临床资料均不具有统计学差异($P>0.05$)。

1.2 手术方法

观察组患者采用腹壁四孔穿刺法,建立人工 CO_2 气腹,压力在 12 ~ 14 mmHg。取石遵循先小后大、先软后硬、先易后难、先近后远及争取原位解决的原则,对于较明显的结石可用取石钳从穿刺孔处进入直接取石;对于细小结石或泥沙样结石则用冲洗泵和 10 号导尿管反复冲洗胆道;若结石通过挤压或冲洗还难以取出的,则需采用取石网篮取石。为了保证将结石取尽及保持胆道的畅通,需在取石完毕后,再次冲洗胆道,并通过胆

[作者简介] 宁小江(1977 -),男,重庆市人,主治医师,学士,主要从事肝胆外科方面的研究。电话:(023)85652936

[收稿日期] 2011-06-09 [修回日期] 2011-07-10

道镜观察是否有胆管狭窄、畸形、下段梗阻、炎症及残余结石等情况。T 管的放置要看胆总管下段是否通畅、有无狭窄、有无炎性渗出而定。术后应禁饮禁食,补液、抗炎等对症支持治疗。当腹腔引流液少于 10 mL 后可拔除腹腔引流管。对照组患者除开腹外其他操作与观察组相同,术中常规采用胆道镜探查。术后处理同常规手术,T 形引流管在术后 3 ~ 4 周经造影证实无结石残留后可拔除,肝下引流管一般在术后 1 ~ 2 d 拔除。

1.3 分析指标

观察并分析两组患者的切口长度、出血量、手术时间、住院天数、治疗费用、切口感染、术后疼痛、术后肛门排气时间、术后 3 d 的 C 反应蛋白(H-CRP)水平等相关指标。

1.4 统计学分析方法

计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料两组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,$P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特点分析

观察组与对照组患者均成功手术,治愈后出院。经统计学分析发现,两组患者的切口长度、出血量、住院天数、治疗费用、切口感染、术后疼痛、术后肛门排气时间及术后 H-CRP 水平比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体见表 1。

表 1 两组患者的相关指标情况($\bar{x} \pm s$)

组别	切口长度 (cm)	出血量 (mL)	手术时间 (min)	住院天数 (d)	治疗费用 (元)	切口感染 (n)	术后疼痛 (n)	排气时间 (h)	术后 H-CRP (mg/L)
对照组	9.2 ± 3.8	51.2 ± 12.8	101.3 ± 16.5	18.3 ± 6.3	9531.8 ± 949.7	2	51	41.6 ± 10.2	31.7 ± 11.9
观察组	2.7 ± 1.1 *	28.7 ± 7.6 *	89.4 ± 18.3 #	9.7 ± 5.1 *	7836.8 ± 793.3 *	12 *	22 *	16.5 ± 3.7 *	9.4 ± 6.1 *

*:与对照组比较,$P < 0.05$;#:与对照组比较,$P > 0.05$

2.2 随访情况

对照组 81 例随访时间为 6 ~ 66 个月,平均(31.4 ± 8.7)个月,有 1 例出现胆漏,经及时引流后治愈出院,未见胆道狭窄、胆石残留及复发。观察组 80 例随访时间为 6 ~ 55 个月,平均(30.8 ± 9.2)个月,未见胆漏、胆道狭窄、胆石残留及复发。

3 讨论

胆囊胆总管结石常采取开腹胆囊切除、开腹胆总管切开取石的手术方式[4]。随着现代微创手术模式的不断更新以及纤维内镜的普及,将腹腔镜与纤维胆道镜应用到胆囊胆总管结石的治疗中。腹腔镜与纤维胆道镜取石具有创伤小、成功率高、恢复快、住院时间短、费用低以及术后并发症少等优点[5-7],充分体现了现代微创手术的治疗理念,是目前公认的治疗胆囊胆总管结石最佳方法[8-9]。

本研究通过将腹腔镜联合纤维胆道镜取石与传统的开腹取石方法进行比较,通过观察随访发现,在保证较好疗效的基础上,腹腔镜联合纤维胆道镜取石手术切口长度短,出血量少,住院天数少,治疗费用较低,切口感染、术后疼痛例数少,术后胃肠功能恢复快,炎症反应低,而且两组患者的切口长度、出血量、住院天数、治疗费用、切口感染、术后疼痛、术后肛门排气时间及术后 H-CRP 水平差异具有统计学意义($P < 0.05$),但在手术时间方面,两组没有统计学差异($P > 0.05$)。充分体现了腹腔镜与纤维胆道镜取石创伤小、成功率高、恢复快、住院时间短、费用低以及术后并发症少等优点。正是由于其创伤小、无需缝合皮肤、瘢痕少、术后感染机会小的特点,该微创术式特别适合女性患者、耐受能力低的老年患者、糖尿病患者以及肥胖患者。

腹腔镜与纤维胆道镜取石方法操作难度较大,对手术医生要求较高,必须熟练地掌握肝胆解剖结构、腹腔镜操作技术以及腹腔镜下胆道镜技术。取石操作过程应当仔细慎重,动作轻柔,应先游离胆囊管并用钛夹夹闭,暂不切除,以利于牵引,便于切开胆总管;在操作过程中要实时调整取石篮与胆道镜的角度,以尽可能取尽结石;取石完成后,为了将细小的结石取尽,可用生理盐水反复冲洗胆道;为了防止 Oddi 括约肌痉挛或充血水肿引起胆道压力增高,应避免胆道镜反复操作。

综上所述,腹腔镜联合纤维胆道镜取石具有创伤小、成功率高、恢复快、住院时间短、费用低以及术后并发症少等优势,充分体现了现代微创手术的治疗理念,已逐渐替代传统的开腹取石手术。但遇到解剖变异、结石位于肝内胆管或胆道镜处理困难时,该手术方式的应用受到了限制,从而不得不转为传统的开腹手术。相信在不久的将来,随着医疗技术及科学研究的发展,这些难题将迎刃而解的。

[参考文献]

[1] 王宏光. LC 与胆总管结石的治疗策略[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004,2(2):142 - 144.

[2] 洪胜龙,刘文玉,麻保玉. 胆囊结石的术式选择及其疗效对比研究[J]. 山西医药杂志,2009,38(3):201 - 202.

[3] 季春勇,段希斌. 纤维胆道镜治疗肝胆管结石病[J]. 中华消化外科杂志,2009,8(2):93.

[4] 梁 平. 对胆囊切开取石术治疗胆囊结石的看法[J]. 中华消化外科杂志,2008,7(1):71 - 72.

[5] 姚红华,邵锦晖,方海星,等. 腹腔镜联合胆道镜胆总管探查取石术探讨[J]. 中华普通外科杂志,2010,25(10):805 - 807.

[6] 陈 骏,居来提,于 亮,等. 腹腔镜胆道镜胆总管探查取石术与开腹手术临床疗效比较[J]. 腹腔镜外科杂志,2010,15(7):545 - 547.
[7] 朱 宏,李 翔. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆总管结石体会[J]. 局解手术学杂志,2003,12(2):138 - 139.
[8] 张能维,路夷平,王桐生,等. 腹腔镜胆总管切开取石 T 管引流术[J]. 中国微创外科杂志,2006,6(9):693 - 694.
[9] Lien HH, Huang CC. Huang CS, et a1. Laparoscopic common bile duct exploration with T-tube choledochotomy for the management of choledocholithiasis[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2005, 15(3): 298 - 302.

(编辑:周小林)

· 个案与短篇 ·

后纵隔多发髓外造血组织瘤样增生 1 例报告

康珀铭,谭群友,邓 波 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所全军胸外科中心,重庆 400042)

[**关键词**] 纵隔;髓外造血;手术
[**中图分类号**] R655.5;R551.3 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2011)06-0658-01

人体若长期有较为严重的贫血,主要的造血器官骨髓不能维持机体所需的红细胞时,就会出现骨髓以外的非造血组织造血。髓外造血组织主要为肝脾和淋巴组织,纵隔发生髓外造血的案例极为罕见。由于该疾病临床少见,许多纵隔脊柱旁的髓外异位造血组织并瘤样增生被误诊为纵隔旁神经源性肿瘤、椎旁结核或肺癌,部分患者需开胸手术病理活检方能明确诊断。本例即为手术确诊的病例,现报告如下。

1 资料与方法

患者,女,42 岁,因尿频、尿急、尿痛并发热 10 d,在当地医院诊断为尿路感染,行体检发现胸部包块、胸腔积液入院。胸部 64 排 CT 考虑双下肺包块、双侧胸腔积液,性质不明,胸椎 MRI 示双侧脊柱旁占位性病变,血常规 WBC 3.75×10^9/L, RBC 3.12×10^{12}/L, HB 93 g/L, HCT 32.1%, PLT 92×10^9/L。诊断考虑后纵隔神经源性肿瘤可能性大,不排除肺癌及椎旁结核。完善相关检查后行右侧胸腔探查,术中发现病灶位于右后纵隔,粘连,无融合,质韧,穿刺无血及脓性物质。

2 结果

术后病理检查提示病灶组织成分多样,包括淋巴细胞、浆细胞、粒细胞、多核巨细胞,结合免疫组化及临床,符合髓外造血。出院前复查血常规提示 WBC 3.28×10^9/L, RBC 2.4×10^{12}/L, HB 73 g/L, HCT 21.9%, PLT 166×10^9/L。术后追问家族史,患者三姐妹自幼均有不明原因的贫血、脾大。

3 讨论

髓外异位造血多发生在 20 ~ 89 岁患者之间,无明显的性别差异。发生在后纵隔脊柱旁者早期无明显临床症状,多在体检时发现,如胸片及胸部 CT 检查,偶出现脊髓压迫症状。由于为良性疾病,除非有相关并发症如严重的肺不张、肺部感染、胸腔积液、脊髓受压或考虑肿瘤难以确诊,大多不需行特殊处理或手术治疗。髓外造血多见于慢性贫血或原发性造血功能异常,部分需行骨髓穿刺检查甚至协助诊断。髓外造血组织手术大体病理标本切面多呈深红或暗红色,镜下可见组织成分多样,包括淋巴细胞、浆细胞、粒细胞、多核巨细胞。

纵隔脊柱旁存在少量具有潜在造血机能的造血组织,在病理状态下可能因为造血功能的需要出现双侧或单侧脊柱旁瘤样软组织影,除个别学者报道 1 例两侧对称性脊柱旁肿瘤样影外,所有报道均为单侧或双侧多发,病变多位于中下段胸椎旁[1-2]。胸部 CT 提示脊柱旁可见多个半圆形或者分叶状软组织低密度影,多发大小不等瘤样改变,部分与肺边界不清,增强后可轻度强化,而且可能因为与肺边界不清误认为肺癌,部分病人有结核病史时被诊为椎旁结核,该种瘤样增生肋骨以及椎体常无破坏。

后纵隔髓外造血瘤样增生较少见,在不仔细询问个人史或家族史的情况下,极易误诊为神经源性肿瘤或者椎旁结核等疾病。但结合该患者的相关资料,特别是不明原因贫血以及详细的家属史,诊断并不难。诊断依据有:①地中海贫血或慢性贫血、脾大病史,有家族史;②胸部 CT 平扫示中下段胸椎旁大小不等、半圆形边缘光滑密度均匀的软组织块影,病灶多发,单侧或双侧;③脾大表现;④肋骨及椎体无骨质破坏及吸收等改变;⑤部分患者经过手术切除后反而出现更为严重的贫血。

目前针对纵隔髓外造血无特殊治疗,主要针对原发病处理,如地中海贫血、遗传性球形红细胞增多症等,但如果出现相关由瘤样增生所致的并发症,则需要根据情况进行相应治疗。

[参考文献]

[1] 陆建常. 纵隔髓外造血组织增生的影像表现(附 2 例报告并文献复习)[J]. 临床放射学杂志,2005,24(3):225 - 228.
[2] 纪建松,赵中伟,卢陈英,等. 后纵隔多发髓外造血组织瘤样增生 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志,2005,16(9):533 - 534.

[**收稿日期**] 2011-08-05 [**修回日期**] 2011-09-03
(编辑:何泓睿)