DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.14.028

警惕性;⑤对有小叶增生的病人,当临床上触及肿块而乳腺片上未见显示时,不能排除乳腺癌的诊断,应做乳腺穿刺等检查,以免误诊。

参考文献:

[1] 徐开垒. 乳腺疾病影像诊断与治疗学[M]. 上海:上海科技出版社, 1996. 79-138.
[2] 曹厚德, 蒋 琴. 乳腺X线摄影若干技术要素的研究[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(3):155-158.
[3] Sickles E A. Breast masses: mammographic evaluation[J]. Radiology, 1989, 173(2):297-303.
[4] 董墨农, 韩德乾, 李金泉, 等. 乳腺癌的钼靶X线诊断[J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(12):739-740.
[5] Sickles E A. Breast calcifications: mammographic evaluation[J]. Radiology, 1986, 160(2):289-293.
[6] Hall F M, Storella J M, Silverstone D Z, *et al*. Nonpalpable breast lesions: recommendation at mammography[J]. Radiology, 1988, 167(3):353-358.
[7] 赵亚平, 周世英, 列荣波, 等. 乳腺X线中成簇样微小钙化对乳腺癌的诊断价值[J]. 临床放射学杂志, 2001, 20(1):7-10.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)14-1290-01

腹腔镜和内镜联合治疗复杂胆囊结石

Treatment of complex gallstone with combination of laparoscopy and endoscopy

贾继虎,主鹤亭,刘榜英 (遵义医院肝胆外科,遵义 563000)

我院于2001年10月至2002年6月开展了腔-内镜联合治疗胆囊结石继发胆总管结石、十二指肠乳头炎性狭窄共21例,取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组选择病例共21例,其中男性9例,女性12例。年龄50~78岁,平均58.5岁。全部病例术前经过腹部B超和/或腹部CT提示:胆囊结石并胆管扩张(胆总管直径均>1.2 cm)。经过内镜逆行性胆管胰造影术(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)明确:胆总管结石单发10例,多发(>2枚)9例。胆总管下段狭窄4例,长度均<1.0 cm。结石直径:<0.5 cm 2例,0.6~1.0 cm 13例,1.1~1.5 cm 3例,>1.5 cm 1例。

1.2 方法

本组病例根据腹部B超或腹部CT提示,行ERCP检查以明确胆管结石的部位、大小和数量,同时明确是否合并有胆管下段狭窄,然后行内镜下十二指肠乳头括约肌切开,切开长度以乳头开口至乳头口侧隆起顶端距离4/5为度,方向均为乳头11~12点,采用混合电流切开,其中小切开(0.5 cm)9例,中切开(0.6~1.0 cm)10例,大切开(1.0 cm以上)2例。用取石网篮套取结石,对结石直径大于1.5 cm的2例患者先行碎石后套取,然后以生理盐水+庆大霉素冲洗胆道,再次造影明确结石是否取尽。对于单纯的胆总管下段狭窄仅行内镜下十二指肠乳头括约肌切开术(Endoscopic sphincterotomy, EST),术后予禁食输液、抑制胆胰分泌和抗炎治疗,同时严密观察腹部体征和血、尿淀粉酶的改变,如无异常可在48 h以后行腹腔镜胆囊切除术,如发生注入性胰腺炎则需待治疗至症状、检验正常后48 h再行手术。

2 结果

本组经ERCP检查:胆囊结石继发胆总管结石19例,其中同时合并有胆总管下段狭窄4例,单纯胆总管下段狭窄2例。行EST术后:经网篮取石15例,碎石+取石2例,自行排石2例,全部病例均一次取净。2例单纯胆总管下段狭窄患者仅行EST。ERCP术后发生注入性胰腺炎(腹痛、呕吐及血尿淀粉酶增高)3例(14.3%),经治疗3 d后恢复正常(症状消失、淀粉酶正常),无1例出血、十二指肠穿孔及胆管炎的发生。

3 讨论

据报道结石性胆囊炎继发胆总管结石的发生率为12%~21%,由于反复排石等因素对胆总管下段黏膜的损伤,合并十二指肠乳头狭窄的发生率可达4%。既往传统的手术方式为:经腹胆囊切除加胆总管探查(切开取石+T管引流),对于合并有胆总管下段狭窄的患者加行Oddis括约肌成形术或胆-肠吻合术,尽管手术设计合理,疗效确切,由于麻醉、手术创伤及出血等诸多因素的影响,对患者打击太大,无疑增加了手术的风险,此外胆总管探查所带来的胆汁外引流加大了患者的生理干扰。ERCP结合腹腔镜治疗结石性胆囊炎并发胆总管结石安全有效[1]。

3.1 并发症的预防

(1)注入性胰腺炎是ERCP最常见的并发症,李兆申等[2]报道可高达50%,尽管本组的发生率低,但应注意防范。我们的体会是:①严格无菌原则;②操作仔细轻柔;③造影剂浓度不宜过大,注入时轻慢;④尽量使用导丝导入胆管;⑤切忌在胆胰共管处造影。(2)出血、十二指肠穿孔及胆管炎是EST术后常见的

(下转1293页)

作者简介:贾继虎(1962-),男,山东省济宁市人,主治医师,主要从事肝胆内镜方面的研究。电话:(0852)8933471-2289

收稿日期:2003-02-13;修回日期:2003-04-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

疗方案明显提高, 两组差异有极显著性（$P<0.01$）。但不良反应有所增加, 主要表现为骨髓抑制所致中性粒细胞减少或缺乏、脱发、急性粘膜炎发病有所增加, 其他不良反应与对照组差异无显著性。对于中性粒细胞减少或缺乏, 只要在化疗后的第 7～14 天给 G-CSF（粒细胞集落刺激因子）或 GM-CSF（粒、单核细胞集落刺激因子）150 μg, 皮下注射, 连用 5～7 d, 绝大多数病人血象很快就能升至正常水平。急性粘膜炎主要为口腔溃疡, 加强漱口、抗炎治疗, 中性粒细胞恢复正常后, 急性粘膜炎也随之痊愈。脱发可在 1 个月后重新生长出来。

大剂量地塞米松口服, 对胃肠道刺激明显, 易诱发或加重活动性溃疡, 甚至导致上消化道出血, 本研究采用化疗间及化疗后给予保护胃肠粘膜的药而未发生上腹疼痛及上消化道出血。地塞米松有轻度兴奋中枢神经的作用, 致部分病人出现失眠, 多梦, 烦躁, 可对症处理予以控制。

本研究绝大多数病例均未发生严重的感染, 也未延长住院日, 可能与每日定期消毒房间, 并及时用 G-CSF 或 GM-CSF 生物制剂升白细胞有关。这与 Moreau 等[4] 报道用大剂量马法兰化疗后加 GM-CSF 治疗患者的粒细胞缺乏持续时间短及住院日均明显缩短一致。

治疗中的骨髓抑制及粒细胞、血小板降低均在化疗结束的 2 周内恢复, 未见永久性造血干细胞损害和治疗相关性死亡, 试验组无化疗后诱导或加重血肌酐, 尿素氮增高、肾功不全病例。治疗后 4 例（16.67%）肾功能不全者均恢复正常, 说明 MM 患者对中剂量的马法兰有较好的耐受性。对照组有两例治疗后肾功能不全恢复正常。两例肾功能不全加重, 肾衰死亡, 这可能与疾病进展有关。

作者认为对 MM 患者凡有条件进行中剂量以上化疗者均应积极争取, 因为只有取得 CR 或 PR 才有可能长期生存。Oken 等[5] 亦认为, 只有能够耐受中等强度联合化疗的患者才能存在长期生存优势和明显的更大于 5 年的生存率。文献[6] 报道有效率 78%。本方案最大优势为起效快, 疗效高, 缓解率高, 总有效率可达 91.66%。化疗第 2 天病人骨痛明显减轻, 其他临床症状亦好转, 化疗结束后部分原卧床 2～3 个月病人可下床, 3 个疗程后所有病人能料理家务。对照组总有效率 58.34%, 仅部分病人骨痛减轻, 其他临床症状稍有好转, 3 个疗程后仅部分病人活动自如, 部分病人症状则逐渐加重。两组 5 年生存率相差显著。

综上所诉, VSMCD 方案治疗多发性骨髓瘤疗程短, 疗效高, 副作用持续时间短暂, 病人可以承受, 是一种经济实用, 在临床上有推广应用价值的方案。

参考文献:

[1] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1991. 303－307.

[2] 余润泉. 多发性骨髓瘤治疗进展[J]. 中华血液学杂志, 2000, 21(11): 611－613.

[3] Knudsen L M, Rasmussen T, Jensen L, *et al*. Reduced bone marrow stem cell pool and progenitor mobilization in multiple myeloma after melphalan treatment[J]. MedOncol, 1999, 16(4): 245－254.

[4] Moreau P, Fiere D, Bezwoda W R, *et al*. Prospective randomized placebo controlled study of granulocyte macrophage colony stimulating factor without stem cell transplantation after high-dose melphalan in patients with multiple myeloma[J]. J Clin Oncol, 1997, 15(2): 660－666.

[5] Oken M M, Harrington D P, Abramson N, *et al*. Comparison of melphalan and prednisone with vincristine, carmustine, melphalan, cyclophosphamide, and prednisone in the treatment of multiple myeloma: results of Eastern Cooperative Oncology Group Study E2479[J]. Cancer, 1997, 79(8): 1561－1567.

[6] Case D C, Lee B J, Clarkson B D. Improved survival times in multipl myeloma treated with melphalan, prednisone, cyclophosphamide, vincristine and BCNU: M-2 protocol[J]. Am J Med, 1997, 63(6): 897－903.

（编辑　张　宁）

（上接 1290 页）

并发症, 其发生率为 5.9%～10.4%[3], 合理掌握十二指肠乳头括约肌切开的位置和长度是预防并发症发生的关键, 我们的体会是: ①乳头切开的位置标志应严格控制在乳头 11～12 点之间; ②切开长度视其结石的大小和胆总管下段狭窄的长度合理设计, 原则上以不超过乳头口侧隆起的 4/5 为宜; ③胆总管下段狭窄超过 1.0 cm 则不宜行内镜治疗。

3.2　手术时机的掌握

由于 ERCP 和 EST 网篮取石具有一定的难度, 尤其受乳头条件的影响（如乳头过小、乳头旁憩室和憩室内乳头开口等）, 目前的成功率仅为 80%[4], 因此我们认为: 先行 ERCP＋EST 网篮取石或胆总管下段狭窄切开成功后, 然后再行腹腔镜胆囊切除, 时间一般控制在 EST 手术顺利后第 3 天内进行, 最长不宜超过 1 周, 对于在此期间和胆囊切除时再次排挤结石入胆管的可能, 应在术前向患者和家属明确交代, 如果发生结石残留内镜也是补救的最好措施。

关键词: 腹腔镜; 内镜; 胆囊结石; 胆管结石; 乳头狭窄
中图法分类号: R657.4^{+}20.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 范志宁, 汪鸿志. 第六届世界内镜外科会议简介[J]. 中华消化内镜杂志, 1999, 16(2): 127－128.

[2] 李兆申, 许国铭, 钱煦岱, 等. 胰腺疾病患者 ERCP 术后并发高淀粉酶血症及急性胰腺炎临床对比研究[J]. 中华消化内镜杂志, 1999, 16(2): 75－77.

[3] 张　啸. 内镜下乳头切开的近期并发症[J]. 中华消化内镜杂志, 1996, 13(2): 290－292.

[4] 周岱云. 提高我国治疗性 ERCP 的水平[J]. 中华消化内镜杂志, 1999, 16(2): 69－71.

（编辑　张大春）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net