DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.06.041

2 讨论

2.1 发病率

738例十二指肠肿瘤中,恶性肿瘤682例,占92.4%。原发性十二指肠恶性肿瘤约占胃肠道的0.3%,占小肠肿瘤的25%~45%。作者曾收集40年来国内外小肠恶性肿瘤3830例[1~3],其中十二指肠恶性肿瘤1197例,占31.3%。

2.2 部位及病理

原发性十二指肠恶性肿瘤病变部位分为乳头上部、乳头部附近、乳头下部三段。国外文献报道乳头附近肿瘤占65%。本组也以乳头附近为最多(70.1%)。病理报告以腺癌为最多,国内外文献报道一致,本组腺癌占82.6%,肉瘤次之(8.7%)。

2.3 临床表现和诊断

十二指肠恶性肿瘤初期无特异性症状,又因本病罕见,易被临床忽视。本组资料主要临床症状为上腹痛、消瘦、黄疸、黑便,其次为十二指肠梗阻及腹部包块。黄疸的出现取决于肿痛部位,乳头附近肿瘤早期即可出现,黑便见于溃疡性肿瘤。消瘦、梗阻及腹部包块常见于病程晚期。本病的上腹痛无特异性,且经常与胃、胆囊、胰腺等疾病的腹痛相混。因此,凡有上腹痛未查出胃、胆囊、胰腺病变者,应引起临床工作者重视,应做十二指肠镜和钡餐检查。十二指肠镜国内资料72例,其中60例(83.3%)发现十二指肠肿瘤。本组资料9例,6例(66.7%)明确诊断。X线钡餐检查国内资料126例,91例(72.2%)明确诊断,本组资料28例,11例(39.3%)明确诊断。所以,十二指肠镜和X线钡餐检查是诊断原发性十二指肠肿瘤的重要手段。

2.4 治疗

原发性十二指肠恶性肿瘤的治疗以外科手术为主只要病情允许,应尽量争取剖腹探查。如肿瘤未浸及下腔静脉、肠系膜上血管、门静脉,应争取做根治性胰、十二指肠切除术。

关键词 十二指肠肿瘤

中图法分类号 R735.31

参考文献

1 鲁守东,刘 涛.内镜诊断原发性十二指肠降部恶性肿瘤10例分析.临床消化病杂志,1996,8(4):184

2 Brekhov V I. Duodenal cancer. Khirurgiia Mosk, 1994,(4):41

3 刘宝华.原发性小肠肿瘤75例临床分析.实用外科杂志,1990,6 30

4 Adedeji O A. Primary duodenal carcinoma. Postgrad Med J. 1995,71(836):354

5 Naef M. Duodenal tumors. Schweiz Med Wochenschr. 1994,124(34):1495

(收稿:1996-11-05;修回:1997-05-14)

(编辑 冷怀明)

39例胆道蛔虫症的内镜治疗经验

Experiences on the treatment of 39 cases of biliary ascariasis with endoscopy

陈 敏* 周永碧 李智华 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心)重庆,400038

提 要 目的:评价内镜在治疗胆道蛔虫症中的作用和地位。方法:总结了我科1986~1995年内镜治疗胆道蛔虫症39例,采用纤维十二指肠内镜,根据病情分急诊和择期内镜取虫。结果:根据病人临床表现、B超、内窥镜逆行胆囊-胰腺造影术(ERCP)明确诊断,虫体分布:嵌顿于十二指肠乳头6例,部分虫体进入胆道5例,完全进入胆道28例。急诊取虫9例(100%),择期取虫30例(97.6%),全组无并发症。结论:内镜在诊断和治疗胆道蛔虫症中有重要意义,是目前治疗胆道蛔虫症的最佳方法,值得推广。

内镜治疗胆道蛔虫症始于80年代初,以患者痛苦小,疗效好,并发症少等优点受到重视,现已成为治疗

* 陈 敏,女,35岁,主管技师,本科

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

胆道蛔虫症的最佳方法。我科从 1986~ 1995年内镜治疗胆道蛔虫症 39例,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男性 11例(28.2%),女性 28例(71.8%)。平均年龄 43.5(13~ 68)岁。主要根据病人阵发性剑突下钻顶样剧痛,而腹部体征轻微的典型表现,结合 B超及内镜逆行胰胆管造影(ERCP)明确诊断。蛔虫体分布:虫体嵌顿于十二指肠乳头 6例(15.4%)、部分虫体进入胆道 5例(12.8%)、虫体完全进入胆道 28例(71.8%)

1.2 内镜治疗

采用 OLYMPUS JF-30型纤维十二指肠内镜,采取急诊取虫和择期取虫。

1.2.1 急诊取虫 适用于部分虫体进入胆道、虫体嵌顿于十二指肠乳头的急性胆道蛔虫症。病人腹痛剧烈难忍,B超发现胆道内有双线状强回声带或蛔虫蠕动影像,即可在床旁或 B超室内急诊取虫。我们采用 Alok A-500型 B超引导,明确蛔虫位置,插入十二指肠内镜,经内镜活检钳通道插入网蓝、三抓钳或活检钳取虫。本组急诊取虫 9例,全部成功。

1.2.2 择期取虫 适用于临床症状已缓解,虫体仍部份进入和完全进入胆道的病人。常规内窥镜逆行胆囊-胰腺造影术(ERCP)明确显示蛔虫在胆道内的位置,在电视监视下将圈套器闭合送入胆总管下端,然后逐渐张开靠近蛔虫尾部,将蛔虫纳入圈套器中心,轻轻套住,连同内镜一并退出体外。本组择期取虫 30例,成功 29例。

1.3 疗效

39例中,治愈 38例,治愈率 97.4%,1例因蛔虫位于左右肝管开口圈套失败转为手术治疗。38例取虫后,20例症状立即缓解,18例症状逐渐缓解。全组无并发症。取虫后常规口服驱虫药 3 d

2 讨论

2.1 内镜治疗胆道蛔虫症的价值

胆道蛔虫症是常见急腹症之一。既往多采用的解痉止痛、驱虫、抗感染等非手术治疗,可治愈大多数病例,但病情缓解慢,且少数病人发生严重并发症而需手术治疗。内镜治疗胆道蛔虫症,创伤小,痛苦少,疗效确切可靠,并发症少,可预防继发性胆道感染、出血和肝脓肿等并发症,是目前早期治愈胆道蛔虫症的最佳方法[1]。内镜治疗胆道蛔虫症,可根据蛔虫体分布合理选用圈套或钳夹取虫,如蛔虫体部留在肠腔多,尾部拖于十二指肠第三、四段内而不能完全窥见时,选用三抓钳或活检钳,钳住虫体拖出胆道,连同内镜一并从口腔退出体外。蛔虫体大部份或全部进入胆道,则选用圈套器圈住虫尾,即可拖出整条蛔虫。对胆道内多条蛔虫患者,需反复套取,先将套取的虫体丢入肠腔,内镜不必取出,直至取尽后内镜退出体外。取虫过程中,圈套钳夹动作力求准确并一次完成,防止蛔虫受刺激后加快钻入胆道。

2.2 B超和 ERCP在内镜治疗胆道蛔虫症中的作用

B超使用方便,无创伤,能反复检查,可在床旁或 B超室引导急诊内镜取虫。本组 9例在 B超引导下急诊内镜取虫,全部成功。但由于腹壁、肋骨及胃肠气体的干扰,B超有时会造成误诊或漏诊,因此,部分及择期取虫患者需行 ERCP明确诊断和确定蛔虫位置。ERCP更能清晰显示蛔虫的数目与位置,定位准确,确诊率高,并可在造影确诊胆道蛔虫后立即取虫。但病人和检查者均接触 X线,并可能发生胆胰并发症。因此,二种诊断方法可以互补。

2.3 内窥镜乳头切开术(EPT)在治疗胆道蛔虫症的应用

EPT是内镜外科的重要组成部分,其原理是通过高颅电流的电切电凝作用,经十二指肠乳头插入特殊制的内镜"电刀",将十二指肠乳头及部分 oddi括约肌切开。EPT治疗胆道蛔虫症是目前内镜史上的新进展[2],适用于蛔虫全部进入胆道,胆总管下端狭窄,胆总管内死蛔虫、腐烂体及碎片。经 ERCP确诊后,先作 EPT小切口术,随即在电视荧光屏监视下取出蛔虫。EPT术后有利于钳夹、圈套操作,使腐烂体及碎片顺利排出胆道,提高了成功率。本组 9例先行 EPT,再套取蛔虫,均成功,无并发症。但术中应防止十二指肠后壁穿孔,乳头切开部出血,急性胰腺炎,胆瘘等并发症,术后给予输液、抗感染、止血、驱虫治疗,以防蛔虫再次进入胆道。

关键词 内窥镜术;蛔虫症;胆道疾病
中图法分类号 R532.11

参考文献

1 董大熔,田伏州,巢振南等.内镜治疗胆道蛔虫病 7年回顾.内镜杂志,1991,8(1):42
2 董志强主编.现代腹部外科学.长沙:湖南科学技术出版社,1994.542~ 547

(收稿:1996-09-26;修回:1997-08-20)
(编辑 王 红)

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