

· 临床论著 ·

胆囊结石伴急性胰腺炎的腹腔镜胆囊切除术

宫 轲

(北京世纪坛医院普外科, 北京 100038)

【摘要】 目的 探讨胆囊结石伴急性胰腺炎实施腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的可行性及手术时机。方法 回顾性分析我院 1999 年 1 月~2003 年 8 月行 LC 治疗胆囊结石伴急性胰腺炎 21 例的临床资料。结果 21 例均在急性胰腺炎发作后 20~40 d, 血、尿淀粉酶正常 15 d 后, 成功实施 LC, 9 例放置腹腔引流管。术后 19 例恢复顺利, 当日或次日下床活动, 12 h 后进食, 术后 24~72 h 拔除腹腔引流管, 无并发症。2 例术后 3 d 又发作急性胰腺炎, 经保守治疗后症状缓解。住院 4~20 d, 平均 7 d。21 例随访 6 个月~5 年, 平均 19 个月, 均无复发。结论 对胆囊结石伴急性胰腺炎患者在急性胰腺炎发作后 20~40 d, 如能慎重选择病例, 做好必要的围手术处理, 术中仔细操作, 术后适当引流, 实施 LC 是安全的。

【关键词】 胆囊结石; 急性胰腺炎; 腹腔镜胆囊切除术

中图分类号: R657.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)04-0924-02

Laparoscopic cholecystectomy for acute pancreatitis accompanying gallstones Gong Ke. Department of General Surgery, Beijing Shijitan Hospital, Beijing 100038, China

【Abstract】 Objective To investigate the feasibility and timing of laparoscopic cholecystectomy (LC) for the treatment of acute pancreatitis accompanying gallstones. Methods A retrospective analysis was made on clinical data of 21 patients with acute pancreatitis accompanying gallstones treated by LC between January 1999 and August 2003 in this hospital. Results The LC was performed 20~40 days after the onset of pancreatitis and 15 days after the recovery of serum and urinary amylase levels. An abdominal drainage tube was placed in 9 patients. Postoperative recovery was uneventful in 19 patients, who got out of bed on the surgery day or on the first postoperative day and began to take food 12 hours after operation, with the abdominal drainage tube removed 24~72 hours postoperatively and no complications encountered. Recurrence of acute pancreatitis happened in 2 patients on the 3 postoperative days and was relieved from symptoms with conservative treatment. The duration of postoperative hospital stay was 4~20 days (mean, 7 days). Follow-up checkups in the 21 patients for 6 months~5 years (mean, 19 months) found no recurrence. Conclusions Laparoscopic cholecystectomy is feasible and safe for patients with acute pancreatitis accompanying gallstones in the period of 20~40 days after the onset of pancreatitis. Careful patient selection, proper peri-operative treatment, strict adherence to techniques, and use of postoperative drainage are considered essential.

【Key Words】 Gallstone; Acute pancreatitis; Laparoscopic cholecystectomy

胆囊结石伴急性胰腺炎已由早期腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)相对禁忌证成为适应证,但病例的选择及手术时机仍有争论。现回顾分析 1999 年 1 月~2003 年 8 月我院行 LC 治疗胆囊结石伴急性胰腺炎 21 例的临床资料,就病例选择和手术时机分析报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 21 例,男 12 例,女 9 例。年龄 28~76 岁,平均 61 岁。既往均经 B 超证实有胆囊结石。急性胰腺炎发作 1 次 12 例,余均有 2 次或 2 次以上发作,间隔 1 个月~1 年。21 例均有腹痛伴恶心、呕吐、发热,左肩或腰背部放散痛。体温 $<38^{\circ}\text{C}$ 12 例, $>38^{\circ}\text{C}$ 9 例,其中 $\geq 39.5^{\circ}\text{C}$ 3 例。21 例均有上腹部压痛,8 例伴有轻、中度左上腹反跳痛、肌紧张,9 例伴有巩膜黄染。21 例血、尿淀粉酶均升高,血淀粉

酶为 $(603.3 \pm 451.3) \text{ IU/L}$ (正常值 $80 \sim 220 \text{ IU/L}$), 尿淀粉酶为 $(1933.4 \pm 145.8) \text{ IU/L}$ (正常值 $100 \sim 1000 \text{ IU/L}$)。21 例血白细胞均升高, $(11 \sim 24) \times 10^9/\text{L}$, 其中 13 例 $<15 \times 10^9/\text{L}$, 8 例 $>15 \times 10^9/\text{L}$ 。18 例 ALT 升高, $(111.1 \pm 37.2) \text{ IU/L}$ 。15 例 AST 升高, $(77.7 \pm 14.5) \text{ IU/L}$ 。11 例 TBIL 升高, $(41.7 \pm 9.5) \mu\text{mol/L}$, 均以 DBIL 升高为主, $(25.3 \pm 5.8) \mu\text{mol/L}$ 。16 例 ALP 升高, $(206.0 \pm 59.1) \text{ IU/L}$ 。16 例 GGT 升高, $(98.6 \pm 39.0) \text{ IU/L}$ 。10 例血钙浓度下降, $(1.8 \pm 0.3) \text{ mmol/L}$ 。21 例均按照 2000 年杭州第八届胰腺外科学术研讨会提出的急性重症胰腺炎临床诊断及分级标准^[1], 3 例诊断为急性重症胰腺炎。发病时 B 超提示 21 例均有胆囊结石,其中小结石或泥沙样结石 16 例,伴有胆囊水肿 5 例,13 例胆总管直径 $\geq 1.0 \text{ cm}$ 。B 超或 CT 示 18 例胰腺肿大,3 例胰腺可见灶性坏死,5 例胰周有渗出。13 例胆总管直径 $\geq 1.0 \text{ cm}$ 者术前 2~3 d

行 MRCP 检查均未见到胆总管结石,且胆总管直径 ≤ 1.0 cm。

病例选择标准:①有胆囊结石病史;②此次急性胰腺炎发作有实验室检查及 B 超或 CT 的胆囊、胆总管、胰腺影像学检查结果;③关于急性胰腺炎的诊断,严格按照 2000 年杭州第八届胰腺外科学术研讨会提出的急性重症胰腺炎临床诊断及分级标准。

1.2 方法

1.2.1 手术时机的选择 ①病人腹部仅有轻压痛,而无反跳痛及肌紧张,上腹部未触及包块;②血、尿淀粉酶正常 15 d 后;③肝功能:ALT、AST、TBIL 测定基本正常;④B 超或 CT 影像学检查显示腹腔无包块、胰腺肿胀不明显,腹腔无渗液;⑤对发病时胆总管扩张者术前 2~3 d 行 MRCP 检查,未发现胆总管结石者。

1.2.2 手术方法 常规 LC 四孔或三孔法进腹后,观察肝脏、胆囊、胆总管、胰腺及胰周,观察腹腔粘连及渗出情况。采取顺、逆行结合方式切除胆囊。手术时,在完全确认胆囊空虚,辨认清胆囊管时再切断胆囊管。如果用钛夹夹闭胆囊管有困难,用 4-0 丝线缝扎之。切除胆囊后,彻底冲洗腹腔。经电凝、局部凝胶海绵压迫止血及全身给予止血药后腹腔仍有渗血者,或因胆囊剥破,结石、胆汁造成腹腔污染较重者,放置腹腔引流管。

2 结果

21 例在急性胰腺炎发作后 20~40 d,血、尿淀粉酶正常 15 d 后行 LC。术前往院时间 3~6 d,平均 4 d。手术时间 45~120 min,平均 70 min。术中出血 30~200 ml,平均 60 ml。术中腹腔未见渗液,16 例可见胆囊被大网膜包裹,9 例胆囊与临近脏器粘连。术中分离粘连较困难 9 例,组织水肿、脆、易出血。术中见胆总管外径 ≤ 1.0 cm,壁不厚。胰腺大小基本正常,3 例胰腺被膜胰腺周围组织可见散在皂化斑。9 例放置腹腔引流管。术后 19 例恢复顺利,当日或次日下午下床活动,术后 12 h 后进食,术后 24~72 h 拔除腹腔引流管,无并发症;2 例术后 3 d 又发作急性胰腺炎,经保守治疗后症状缓解。21 例术后住院 4~20 d,平均 7 d。术后病理诊断胆囊胆固醇结石 7 例、混合结石 14 例,伴慢性胆囊炎 16 例、急性胆囊炎 5 例。21 例随访 6 个月~5 年,平均 19 个月,均无复发。

3 讨论

3.1 LC 病例的选择

胆囊结石在大多数国家是造成急性胰腺炎发作的主要原因^[2]。随着人口的老龄化和生活条件的改善,胆囊结石的发病已趋于老年化,其发病率在我国和全世界范围内都有明显的上升趋势^[3]。 < 5 mm 的小结石较易通过胆囊颈、管落入胆总管。如果不除去胆道结石,约 60% 的病人在 6 个月内有可能复发急性胰腺炎^[2]。行 LC 是当今预防急性胆源

性胰腺炎复发的金标准^[4],病例的选择及手术时机是保证手术成功率和安全性的关键。本组均有胆囊结石病史,伴有急性胰腺炎发作,其中 3 例为急性重症胰腺炎。Thompson 等^[5]报道,行腹腔镜胆道探查术可影响急性胆源性胰腺炎的治疗效果。因此,术前要通过体格检查及辅助检查除外胆总管结石。本组 13 例 B 超、CT 检查虽有胆总管明显扩张,但未发现结石。另外,术前 2~3 d 行 MRCP 检查,术中观察胆总管直径及管壁有无增厚也可帮助判定是否有胆总管结石。

3.2 LC 的手术时机选择

我们认为应选择在急性胰腺炎发作后 20~40 d,血、尿淀粉酶正常 15 d 后;不伴有发热或伴有轻度发热;腹部仅有轻压痛,而无反跳痛及肌紧张;上腹部未触及包块;ALT、AST、TBIL 测定基本正常;B 超或 CT 影像学检查显示腹腔无渗液者。胆囊及其周围虽有水肿,但此时的粘连、包裹相对容易分离,局部解剖关系未因粘连、水肿而有严重改变,可避免手术副损伤。本组无并发症。

3.3 术中及术后的注意事项

胆囊结石伴急性胰腺炎行 LC 时,尽可能先夹闭胆囊管,避免小结石掉入胆总管堵塞胰管,造成术后急性胰腺炎再发。本组 2 例术后 3 d 又发作急性胰腺炎,可能与小结石掉入胆总管堵塞胰管有关。切除胆囊时,如胆囊与周围组织粘连较重,用钛夹夹闭胆囊管有困难,可用 4-0 丝线缝扎之。切除胆囊后要彻底冲洗腹腔,适当放置腹腔引流,避免术后腹腔感染的发生。

总之,胆囊结石伴急性胰腺炎行 LC,虽然手术时比无急性胆源性胰腺炎发作史的病例难度要大,但只要慎重选择病例及手术时机,实施 LC 是安全的。

参考文献

- 1 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治草案. 中华普通外科杂志, 2001, 16(11): 699-700.
- 2 宫 轲. 腹腔镜时代的胰腺外科. 中国微创外科杂志, 2005, 5: 517-518.
- 3 宫 轲. 老年胆囊结石患者的腹腔镜胆囊切除术. 中国微创外科杂志, 2001, 1: 29-30.
- 4 Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, et al. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? Arch Surg, 2003, 138(5): 531-536.
- 5 Thompson MH, Tranter SE. All-comers policy for laparoscopic exploration of the common bile duct. Br J Surg, 2002, 89(12): 1608-1612.

(收稿日期: 2006-01-12)

(修回日期: 2006-03-22)

编者按:胆源性胰腺炎与胆总管结石关系密切,术前一定要了解胆总管内是否存在结石。由于受十二指肠气体干扰,B 超对胆总管结石的诊断准确率 < 50%,因此,术前力争做 MRCP 或 ERCP 以明确或排除胆总管结石。有条件单位最好做经胆囊管的术中胆道造影,排除胆总管结石后才能做单纯的腹腔镜胆囊切除术。