

胆囊结石保留胆囊取石

刘昌军 周海兰 吴金术

(湖南省人民医院 湖南省肝胆医院,长沙 410005)

中图分类号:R657.4

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2010)04-0368-02

1 胆囊结石保留胆囊取石(保胆取石)的提出

对于胆囊结石,最有效的治疗方法是手术切除胆囊,但所有胆囊结石患者并非都需要行胆囊切除。胆囊切除导致胆囊功能丧失,胆囊切除术后综合征的发生率增高达 10%~30%^[1],临床处理较为棘手。胆囊切除后能否诱发大肠癌、胃癌仍有争议。加之患者对胆囊切除后可能对机体产生的不良影响顾虑重重。因此,对胆囊结石的非切除性治疗的研究日益受到重视。对有良好胆囊功能的病例,保胆取石术有望成为胆囊切除的替代疗法。保胆取石术经历了胆囊造瘘取石术、经皮胆道镜碎石清除术(PCCL)和纤维胆道镜保胆取石术 3 个阶段。早期的胆囊造瘘取石术结石复发率太高,目前仅用于危急病例无法行胆囊切除而病情不允许继续非手术治疗者。1988 年 Kellett 等^[2]实施 PCCL 并获得成功,作为一项新技术得到推广。但其所用的硬性胆道镜不能弯曲,胆囊颈部结石嵌顿难处理,术后因结石遗漏所致的“复发率”较高,且有并发胆总管结石、梗阻性胆管炎风险,因此,该手术也逐渐被废弃。纤维胆道镜作为微创技术发展的一个有利工具,弥补了硬性胆道镜的缺点,其导光及显像系统均由光导纤维组成,末端可弯曲,能全面探查胆囊内部的情况,并允许使用取石网或篮进行微创取石,避免了对胆囊黏膜的损伤,也成为保胆取石的有利武器。张宝善等^[3]自 1991 年开始对保胆取石做了一些临床的工作。近年来,纤维胆道镜保胆取石术的病例逐渐增多,但在适应证选择和手术方法上仍存在争议。

2 保胆取石临床应用

目前,手术方式主要是 3 种。①右上腹小切口切开取石:在肋缘下 2 cm 做 2~3 cm 皮肤切口,逐层切开后入腹,对个别胆囊位置较深者,不易探及,常

需要扩大切口。直视下寻找胆囊,用卵圆钳通过小切口将胆囊底提出到腹壁外操作。②腹腔镜引导辅助完成上述操作。成套的经皮胆道镜手术器械,在封闭的腹腔和胆囊内完成碎石、取石等操作,仪器监视下穿刺胆囊、进镜,,使操作更方便,创伤更小,并可检查整个胆囊,避免漏诊胆囊癌。③全腹腔镜下保胆取石,结合纤维胆道镜,即双镜结合取石。3 种手术方式各有利弊,全腹腔镜下保胆取石结合胆道镜更体现微创的手术思想。

张宝善等^[3]报道内镜微创保胆取石术 895 例,在保胆取石术后 1~6 年后随访结果,真正的复发率为 2.7%~4.1%。荣万水^[4]回顾性分析 158 例微创保留胆囊切开取石术,随访 1~5 年,术后 1、3、5 年的复发率分别为 1.9% (3/158)、12.3% (13/106)、17.9% (12/67),认为微创胆囊切开取石术治疗胆囊结石安全、有效。莫国贤^[5]对 475 例胆囊结石采取新式保胆取石病例进行随访观察,经 1~4 年的随访,结石复发率为 1.26% (6/475),其中 256 例胆囊结石在保胆手术中采用附加胆囊底部悬吊的方法。另外,还有一些机构为在保胆取石术后加用中医药手段如服用中药等防止结石的复发^[6,7],也值得探讨。张乃友等^[8]认为腹腔镜下腹腔镜外胆道镜保胆取石术具有手术时间短、术后并发症少、恢复快等优点,具有临床推广价值。

正确选择手术适应证可提高疗效,减少术后结石及胆囊炎复发,更能体现纤维胆道镜保胆取石术的优势。不恰当地选择病例,盲目追求保胆取石将使胆囊结石的治疗事与愿违。综合文献胆囊结石行保胆取石的适应证^[9,10]:①胆囊功能正常或取石术后胆囊功能可恢复。②胆囊管、胆总管通畅。③患者有明确的保胆要求是行保胆取石术必须具备的条件。这可通过胆囊壁光整且无明显增厚,以及 B 超测定空腹与脂肪餐后胆囊收缩面积 >30% 2 项指标

反映。④无症状或有轻微症状且病史较短者。⑤单发胆囊结石或多发胆囊结石数量少且体积小者。对于胆囊萎缩瓷化胆囊,急性炎症,胆囊壁增厚明显 > 0.4 cm,胆囊收缩功能不良,胆囊管或胆总管存在部分或完全梗阻,胆管内合并结石,有急性或慢性胰腺炎史,胆囊结石合并息肉样病变或疑有胆囊癌者,胃大部切除,胃空肠吻合患者,糖尿病治疗效果欠佳者,应视为保胆取石的禁忌证,须切除胆囊。

3 保胆取石临床应用的争论

部分结石性胆囊还存在良好的功能,对该类病人行保胆的微创手术,满足当代人的社会心理要求的同时,保留了器官的功能,避免胆囊切除后遗留的潜在影响,提高患者的生活质量,也是微创外科的发展趋势。目前,关于纤维胆道镜保胆取石术的争议主要是术后胆囊结石复发,再生结石及保留病变胆囊后症状依然存在。当今的保胆取石术,强调的是微创和内镜技术方法,尤其是内镜技术在保胆取石术中的价值。过去保胆取石在无内镜直视观察的情况下,实际有相当胆囊内残石,这部分人后来也统计到复发率上。而即使采用内镜介入技术的保胆取石的结石复发率也难以回避,这对手术适应证的选择和手术操作提出了更高的要求,而后续治疗以降低结石复发率也将是今后的研究重点。

手术适应证的争议包括:①有症状的胆囊结石。但对于无急性发作,尤其对于年轻患者,仅有轻微上消化不良症状的患者,如饱胀、暖气,如果胆囊功能正常,可行保胆取石术。至于儿童患者,Ure 等^[11]在比较了保胆和切除胆囊 2 组的随访资料后,提出对有症状的胆囊结石患儿以保胆手术为宜,然而国内外仍缺乏儿童胆囊切除后的长期随访结果。②多发胆囊结石或泥沙样结石。理论上纤维胆道镜可全面探查胆囊内部情况,结石复发率与术前结石数目无关^[12],但也有对照试验发现,结石数目超过 3 枚者术后复发率明显高于少于 3 枚者^[13]。③结石直径 > 2 cm。Schirmer 等^[14]认为不论结石的大小^[14]胆囊功能正常的患者可行保胆取石术,但也有认为结石直径 > 2 cm 是胆囊癌的高危因素,以切除胆囊为宜^[15]。④胆囊周围存在粘连。当然粘连是否可限制胆囊收缩,影响胆囊排空,致结石复发率增高尚待研究。⑤胆囊较小、位置高,这种情况也可直接在腹腔镜下切开胆囊底部,插入纤维胆道镜。

4 保胆取石临床应用展望

在 LC 已成为“金标准”的时代,LC 特别值得我

们关注,因为胆囊切除术的数目实在太大了,其引发的问题成为现时代的挑战^[16]。保胆取石术一方面保留胆囊功能,另一方面能很好避免诸如 LC 胆管损伤的问题。“医学的重大突破必将有赖于基础研究”,保胆取石术作为微创治疗胆囊结石的手段,还有待进一步的基础、临床研究及实践来评价。

参考文献

- 1 毕永林,朱 彤,潘晓峰,等.胆囊切除术后综合征 116 例 ERCP 分析.中华肝胆外科杂志,2007,13(1):32-34.
- 2 Kellett MJ, Wickham JE, Russell RC. Percutaneous tholecystolithotomy. Br Med J (Clin Res Ed), 1988, 296 (6620): 453-455.
- 3 张宝善.内镜微创保胆取石术治疗胆囊结石.中国内镜杂志,2002,8(7):1-4.
- 4 荣万水.微创胆囊切开取石术的临床评价.中国内镜杂志,2002,8(12):21-23.
- 5 莫国贤.新式保胆取石取息肉术的临床意义.临床误诊误治,2008,21(1):8-10.
- 6 郭绍举,叶临湘,李 健.中医药对微创保胆取石后预防胆囊结石复发的研究.云南中医学院学报,2006,29(4):19-21.
- 7 阴述亮,谢燕红,邓文新.微创口胆囊取石联合穴位埋线治疗胆囊结石 160 例.中国中西医结合杂志,2002,22(1):68.
- 8 张乃友,康春博,许洪斌,等.腹腔镜联合胆道镜腹腔镜外保胆取石术的临床应用.临床误诊误治,2008,21(2):41-43.
- 9 邓 勇,马德寿,李晓峰,等.微创保胆取石术的临床应用(附 30 例报告).中国内镜杂志,2004,10(10):19-20.
- 10 Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A. Laparoscopic intervention for residual gallstone disease. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2003, 13(1):31-35.
- 11 Ure BM, de Jong MM, Bax KN. Outcome after laparoscopic cholecystostomy and cholecystectomy in children with symptomatic cholecystolithiasis: a preliminary report. Pediatr Surg Int, 2001, 17(5-6):396-398.
- 12 Shim CS, Moon JH, Cho YD, et al. The role of extracorporeal shockwave lithotripsy combined with endoscopic management of impacted cystic duct stones in patients with high surgical risk. Hepatogastroenterology, 2005, 52(64):1026-1029.
- 13 杨五计,胡安国,李志伟,等.经皮胆道镜碎石清除术的术式及适应证.中华普通外科杂志,2001,16(6):328-330.
- 14 Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. Long term effects. Med Implants, 2005, 15(3):329-338.
- 15 Sheth S, Bedford A, Chopra S. Primary gallbladder cancer: recognition of risk factors and the role of prophylactic cholecystectomy. Am J Gastroenterol, 2000, 95(6):1402-1410.
- 16 黄志强.从微创技术到微创观念——今日外科与明日外科.中国微创外科杂志,2007,7(1):1.

(收稿日期:2008-09-12)

(修回日期:2009-03-11)

(责任编辑:李贺琼)