

内镜微创保胆取石术应用于胆囊壶腹部 结石嵌顿伴炎症初探

孙伟军 孙玲国 胡德扬

(浙江省绍兴县中医院肝胆微创外科, 绍兴 312000)

【摘要】 目的 探讨胆囊壶腹部结石嵌顿伴炎症的内镜微创保胆取石术的可行性。**方法** 全麻下经脐孔穿刺建立气腹,腹腔镜下观察胆囊形态,分离粘连,若胆囊因结石嵌顿而胀大、积脓,先穿刺针吸脓减压,切开胆囊底部,纤维胆道镜下取出结石,清理胆囊腔,确定胆囊管畅通后,缝合切口,保留胆囊。**结果** 拟行 28 例,22 例顺利完成保胆手术,手术时间 30 ~ 70 min,平均 40 min,无严重并发症发生。22 例术后随访 4 ~ 16 个月,平均 10 个月,无结石复发。另 6 例因结石位于胆囊管难于取出(2 例),或取石后胆囊管不通畅改行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC),成功 4 例,LC 不成功改开腹胆囊切除 2 例。**结论** 胆囊结石伴炎症,乃至胆囊壶腹部结石嵌顿伴炎症的病例也可行内镜微创保胆取石术。

【关键词】 腹腔镜; 纤维胆道镜; 胆囊结石嵌顿; 保胆手术

中图分类号:R657.4

文献标识:B

文章编号:1009-6604(2012)07-0656-03

自 2004 年 5 月以来,我们开展内镜微创保胆取石(息肉)术 35 例,经过 2 年随访,无一例结石复发^[1]。在此基础上,2009 年 6 月~2011 年 6 月我们改进了术式,采用腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石(息肉)手术 115 例,其中胆囊壶腹部结石嵌顿伴炎症 28 例,保胆成功 22 例,另 6 例结石位于胆囊管难以取出或因胆囊管不通畅改行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC),完成 4 例,2 例 LC 不成功,中转开腹胆囊切除术,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 28 例,男 12 例,女 16 例。年龄 22 ~ 68 岁,平均 42 岁。胆囊结石病史 3 ~ 20 年,平均 8 年。有反复上腹部疼痛,伴右肩背部抽痛,时有发热等病史。本次起病 2 ~ 15 d,平均 7 d。4 例急诊入院。20 例体温 37.5 ~ 37.9 ℃,8 例 38.0 ~ 39.5 ℃。B 超显示:胆囊胀大,115 mm × 34 mm ~ 130 mm × 36 mm 25 例,140 mm × 38 mm 以上 3 例,其中 5 例胆囊周围有渗液,胆囊壁厚度 3 ~ 5 mm 24 例,6 ~ 8 mm 4 例,具有双边征。23 例胆囊结石 2 ~ 7 枚,大小为 0.5 ~ 1.0 cm;5 例单发结石,最大结石 > 3 cm;胆囊壶腹部结石嵌顿伴胆囊炎症。B 超、CT 检查肝内胆管、胆总管均无结石。实验室检查:WBC (10.8 ~ 21.0) × 10⁹/L,中性粒细胞 81% ~ 96%;6 例有肝功能轻度损害(ALT 67 ~ 128 U/L,AST 42 ~ 96 U/L,ALP 67 ~ 125 U/L,TBIL 78 ~ 296 μmol/L,均无黄

疸)。12 例入院后 4 h 内行急诊手术,其余 16 例入院后行抗炎等治疗,症状缓解后 3 ~ 4 d 手术。疑似胆囊有坏疽、穿孔,胆囊周围积液多,伴黄疸者属保胆手术禁忌。

病例选择标准:胆囊结石伴炎症急性发作腹痛,B 超显示胆囊胀大,胆囊壶腹部结石嵌顿者,发病时间短,胆囊炎症较轻者为宜。病程长,胆囊炎症重,疑似胆囊有坏疽、穿孔、胆囊周围积液多伴黄疸者属保胆手术禁忌。

1.2 方法

术前抗炎等治疗全麻,经脐孔穿刺建立气腹(压力 12 ~ 15 mm Hg)后,置入腹腔镜探查。确定胆囊位置,在右肋缘下距胆囊底最近部位腹壁做 2 cm 切口,置入 10 mm trocar,分离胆囊周围粘连,吸引渗出液,其中 12 例先做胆囊底部穿刺吸引减压,均为脓性胆汁。关闭气腹,按层扩大右上腹切口,根据结石大小切口扩大至 2 ~ 3 cm,分离钳钳夹胆囊底,小心提出至切口外,底部切开胆囊壁,吸引胆汁做胆汁细菌培养和药物敏感试验。纤维胆道镜观察胆囊内腔,确定结石性状、部位及数目,取石钳将结石小心取出。位于胆囊壶腹部嵌顿的结石,常较难取出,在纤维胆道镜充分了解结石大小、形态的前提下,只要能夹住结石露端,用旋转向外巧力拉出的方法常能将结石取出。反复冲洗胆囊腔,清除胆囊内及囊壁的炎性附悬物,对 8 例反复冲洗后胆囊壁仍广泛渗血者,尤其是结石嵌顿处,用过氧化氢液(双氧水)20 ml 灌洗,能清除胆囊腔内混悬物及止血。这时

可观察到黄色胆汁自胆囊管开口向胆囊腔涌出,提示胆囊管通畅,保胆成功。然后用 4% 替硝唑液 100 ml 做胆囊灌注。4-0 可吸收缝线锁边全层缝合胆囊切口,浆肌层加强缝合,最后将胆囊送回腹腔,再次气腹,胆囊均有不同程度充盈,探查胆囊切口、肝脏等有无漏液及出血,吸净肝周渗液,均不放置引流管。缝合切口结束手术。术后抗炎治疗,服用熊去氧胆酸胶囊 250 mg,每日 2 次。

2 结果

22 例手术顺利,手术时间 30 ~ 70 min,平均 40 min。结石多为 0.5 ~ 1.0 cm,最大结石 3 cm × 2 cm,均为胆固醇混合型结石,质坚,不规则呈桑葚状,胆囊腔内多充满脓性胆汁或污泥样脓性胆汁,胆囊壁均有不同程度炎症、水肿、充血,结石嵌顿部位尤为严重,伴有渗血现象,经反复冲洗后胆囊腔洁净,并可见棕黄色胆汁自胆囊管口涌入胆囊腔内。1 例肝脏胆囊床边缘部分撕裂出血,单极电凝止血成功。术后住院 5 ~ 9 d,平均 7 d。另 6 例中,2 例取出结石后反复冲洗吸引胆囊腔,未见胆囊管开口胆汁涌出,改行 LC;2 例因结石嵌顿在胆囊管,难以取出,且炎症严重改行 LC,术后见胆囊管闭塞处有小结石及炎性组织;2 例因胆囊周围广泛粘连,胆囊难以从切口拉出,故改行 LC,后因炎症广泛粘连,胆囊三角解剖不清,为避免胆管损伤,最终中转开腹胆囊切除术。

22 例保胆成功者术后随访 4 ~ 16 个月,平均 10 个月,其中 18 例 > 10 个月:每月 1 次常规 B 超检查,均无结石残留或复发,腔内有少量沉积物 5 例;胆囊壁厚度逐月恢复,服用熊去氧胆酸胶囊后 3 ~ 4 个月囊壁逐渐恢复至 2 ~ 3 mm,胆囊大小、形态逐渐随之恢复正常 18 例,胆囊较正常略大 4 例,但均无腹痛、发热及胃纳差。

3 讨论

3.1 内镜微创保胆取石术的手术适应证

随着对胆囊功能的深入认识及胆道镜技术的发展,越来越多的学者提倡保胆治疗胆结石,应用胆道镜行胆囊切开取石保胆手术治疗胆囊结石^[2,3]。初期我们采用右上腹小切口纤维胆道镜保胆取石^[1],保胆手术完成后,存在对肝胆情形难以复查,胆囊缝合口渗血及肝缘撕裂出血等情况。2009 年以来采用腹腔镜联合纤维胆道镜保胆取石术,定位准确,易于找到胆囊,同时可行胆囊穿刺减压,降低胆囊张力,易于将胆囊自右上腹切口拉出和取石,胆囊切口缝合后送回腹腔,再次气腹后可对肝胆情况全面了解,吸引肝周积液等,而且气腹时间短,避免了长时

间气腹所致腹膜腔室隔效应^[4]和对病人的不良影响^[5]。我们在初期开展的 35 例中,2 年随访结果无一例结石复发,主要归功于病例适应证的选择上,对于胆囊结石伴炎症,结石嵌顿伴炎症者均属禁忌之列。我们体会到保胆手术主要建立在患者强烈的保胆意识和胆囊管通畅的基础上才能完成。我们首例年轻女性,胆囊结石嵌顿,伴有发热、疼痛的病例,坚决拒绝手术以及 LC,坚持保胆,经输液抗炎等治疗后,我们试行保胆手术。在二镜联合下,探查胆囊大小后,做胆囊穿刺吸引减压,结果顺利地取出嵌顿结石,清理胆囊腔后,见胆汁顺利自胆囊管涌入胆囊腔内,术后继续抗炎、利胆治疗达到理想的保胆手术初步疗效,术后随访 16 个月,疗效满意。以后的多例结石嵌顿伴炎症的保胆手术同样也取得了良好疗效,我们认为在保胆手术适应证的选择上,包括对结石伴炎症,乃至胆囊壶腹部结石嵌顿伴炎症的病例只要取净结石,清理胆囊腔及胆囊管通畅,胆囊壁的炎症也能逐步修复,胆囊整体的功能也能逐步恢复,同样也可以行保胆手术治疗。我们将对保胆术后病例做脂肪餐前后 B 超及 X 线胆囊造影等一系列检查,进一步证实保胆术后胆囊功能恢复情况的研究。

3.2 围手术期的几点体会

①患者有强烈的保胆要求,对其说明术后有结石复发的可能性及需要较长时间服药预防复发的必要性和术前准备的前提下开展保胆手术。②腹腔镜探查,如胆囊胀大,胆囊腔内压高时,须先行胆囊穿刺吸引减压,以利于胆囊钳拉,穿刺点应选择在拟做胆囊切开处,以防止术后胆漏发生。③右肋缘下切口应选在距胆囊底最近处,并根据结石大小选择切口大小,一般 2 cm,必要时可适当扩大,以利于胆囊切口能充分显露,便于取石等操作。④嵌顿的结石用纤维胆道镜充分观察,了解结石形态、性状、大小,只要能钳夹住结石,利用适当旋转的巧力,一般都可以取出,但尽可能不要夹碎结石,否则会增加取石的难度。⑤取出结石后,务必反复冲洗,吸引清理胆囊内腔,确定胆囊管有黄色胆汁涌出,显示胆囊管通畅才能完成保胆手术。⑥胆囊腔内炎症较重,脓性分泌物、悬状物较多,尤其胆囊壁及结石嵌顿部位有渗血、出血时,可用过氧化氢液灌注,然后用生理盐水反复冲洗、吸引,常可达到清理胆囊腔及止血的良好疗效。⑦缝闭胆囊切口,将胆囊送回腹腔后,再次气腹探查,吸引肝周腹腔积液,观察胆囊切口有无渗血、漏液,肝胆囊床有无破损、出血等。⑧术后须继续抗炎治疗。⑨术后保持 3 ~ 4 个月的随访,服用熊去氧胆酸胶囊对利胆、消炎、清理胆囊腔内沉积物有显著疗效。

参考文献

1 陈建尧,胡德扬.小切口胆道镜保胆治疗胆囊病 35 例 2 年疗效观察.中国微创外科杂志,2007,7(12):1171-1172.

2 刘京山,李晋忠,赵期康,等.纤维胆道镜下胆囊切口取石保胆治疗胆囊结石 612 例随访结果分析.中华外科杂志,2009,47(4):279-281.

3 乔铁,王山锋,冯禹阳,等.胆道镜保留胆囊治疗胆囊管嵌顿结石 12 例报告.腹腔镜外科杂志,2008,13(1):66-69.

4 张景华,曹月敏.LC 人工气腹的常见并发症及其预防.腹腔镜外科杂志,2002,7(4):251-252.

5 刘衍民.保留胆囊手术适应证与手术方式的选择.中华普外科手术学杂志(电子版),2008,2(3):259-262.

(收稿日期:2011-12-29)

(修回日期:2012-04-10)

(责任编辑:李贺琼)

编者按:胆囊颈部结石嵌顿伴炎症目前普遍认为为早期手术(72 h 之内)切除胆囊为宜。内镜微创保胆取石术虽然符合微创保留器官功能的理念,但目前仍是有争议的手术。手术技术本身对技术熟练的外科医师,尤其是胆道外科医师不成问题。手术的结束不等于疾病的治愈,结石的成因仍存在,争议的关键是术后结石的残留与复发,以及慢性胆囊炎症状的存在。按内镜保胆取石术倡导者规范的病例选择标准为:术前检查胆囊功能良好者(脂肪餐后

胆囊收缩 50% 以上)。本文将内镜微创保胆取石的适应证扩展到胆囊颈结石嵌顿伴炎症病人,是否合理有以下几点请广大同道讨论:①术前没有也不可能对胆囊功能进行测定,如何说明患者的胆囊值得保留?②为定位胆囊,应用全麻、气管插管、气腹有无必要?与术前 B 超定位相比,无论从创伤还是从经济角度考虑,利大于弊还是弊大于利?③在急性炎症甚至很重的情况下,对胆囊壁进行缝合,在炎症消退后是否会缝线松脱而致胆漏?④取出嵌顿结石,有胆汁从胆囊颈部流出,就是“保胆成功”?本组术后没有进行胆囊功能的检查,如何评定疗效?标准是什么?⑤内镜微创保胆取石术后结石残留或复发一直是争论的焦点,目前缺乏令同道信服的可信的随访结果[见我刊,2010,10(6):481],复发率究竟是多少,各家报道不一。熊去氧胆酸(UDCA)预防复发理论上可行,但尚缺乏长期随访报告,长时间服用带来的经济负担和药物副作用是否要考虑?⑥将尚有争议的内镜保胆取石手术适应证扩大到胆囊颈结石嵌顿伴炎症患者,是否应该先经过临床伦理委员会讨论和批准?希望大家多做这方面的研究,我们欢迎这方面有争议的论文,遵循循证医学的准则,通过“证据”也就是“数据”来评定争议,推动微创外科的发展。

• 消息 •

第 22 届国际小儿腔镜外科年会
(IPEG's 22nd Annual Congress for Endosurgery in Children)
征文通知

由国际小儿腔镜外科协会(International Pediatric Endosurgery Group, IPEG)主办首都儿科研究所协办的第 22 届国际小儿腔镜外科年会(IPEG's 22nd Annual Congress for Endosurgery in Children)将于 2013 年 6 月 17~22 日在北京举行。本次会议的宗旨是进行小儿腔镜外科医学技术国际交流。届时将有来自国际上数十个国家小儿腔镜外科在临床研究、实验研究及新技术等方面的高水平论文在大会上展示。会议内容如下:动物实验操作(在北京强生动物实验中心,可报名参加);手术实况转播(由 Keith Geogson 教授演示肛门成形术,Steve Rothenberg 教授演示食道闭锁和肺叶切除,CK Yeuong 教授演示气膀胱输尿管再植术,李龙教授演示胆总管囊肿根治术);录像展示小儿腹腔镜手术技巧及疑难手术;大会发言(基础、临床研究);专题发言(肝胆、胃肠、泌尿生殖、胸外、机器人外科、减肥手术、微创手术并发症等);展板。会议为每位参会者提供了不出国门在国际小儿腔镜外科舞台上展示才华及水平的绝佳机会。我们诚邀各位同仁踊跃投稿参加本次盛会(IPEG 拥有自己的 SCI 杂志 JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES,影响因子 0.83,优秀论文享有优先审阅发表的机会)。

论文要求:登录网站 <http://www.ipeg.org/abstracts/>,注册成会员,然后阅读论文要求,按其中要求准备论文。所有论文摘要均要求经会议专门网站上传。请注意截稿日期(网站有提示),过期网站将自动关闭。