

腹腔镜联合内镜治疗 胆总管复发性结石的临床研究

欧新强, 毛伯能, 张楷

(江苏省宜兴市人民医院 消化内科, 江苏 无锡, 214000)

关键词: 逆行胰胆管造影; 十二指肠乳头括约肌切开术; 胆总管复发性结石

中图分类号: R 575.6 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)07-107-03 DOI: 10.7619/jcmp.201707030

胆石症是常见的胆道疾病,根据结石发生的部位不同,分为胆囊结石、肝内、肝外胆管结石等,胆管结石术后有10%左右的患者会有胆管结石复发可能^[1]。目前关于胆管结石复发的治疗主要包括开腹胆总管切开取石、腹腔镜下胆总管切开取石、T管引流术、内镜下十二指肠乳头括约肌切开取石术、胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术等^[2]。本研究探讨腹腔镜下胆总管切开取石、T管引流术联合内镜下十二指肠乳头括约肌切开取石术与开腹胆总管切开取石、T管引流术的治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年9月—2013年9月本科住院治疗的76例复发性胆总管结石患者,所有患者首次发现胆管结石均为直径较小(不超过3 mm)的泥沙样结石,经过保守治疗后复发发现结石排空,此次所有患者均为胆管复发性结石。将患者随机分为2组,对照组38例,其中男16例,女22例,年龄在31~81岁,平均年龄(49.5±10.6)岁;合并慢性胆囊炎27例,合并急性胆管炎4例,合并胰腺炎2例,单个结石19例,多发结石19例,结石平均直径为(1.3±0.4)cm。观察组38例,其中男15例,女23例,年龄在29~83岁,平均年龄(50.2±10.1)岁;合并慢性胆囊炎26例,合并急性胆管炎5例,合并胰腺炎1例,单个结石20例,多发结石18例,结石平均直径为(1.2±0.6)cm。2组患者性别、年龄、合并症、结石数目、结石直径等基本资料比较,差异无统计意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:①上腹部疼痛不适、恶心等消化道症状,部分患者伴有不同程度的黄疸、高热、寒战等表现;②术前B超、CT、MRCP等检

查均提示有胆总管结石,伴或不伴有胆总管扩张、碱性磷酸酶和胆红素升高。③肝功能Child-Pugh分级均为A级。排除标准:①合并有肝内胆管结石,恶性肿瘤占位梗阻胆道;②合并胆总管不同部位、不同程度狭窄;③严重肝病,如肝硬化、肝癌等;④合并有其他血液系统疾病;⑤凝血功能异常;⑥曾有LC、ERCP、EST、胆总管空肠Roux-en-Y吻合、毕Ⅱ式胃大部切除术的患者。

1.2 方法

对照组患者行开腹胆总管切开取石、T管引流术。患者取平卧位,辅以全麻或硬膜外麻醉,沿右侧肋缘下取平行于肋缘的切口,明确胆总管位置,于前壁切开一纵行切口,直径约1.5 cm,用取石钳取出结石,术中可行胆道镜或胆道造影明确结石是否有残留,采用24#T型管修剪后放入胆总管,缝合固定,注水检测是否有胆漏,逐层缝合。术后2周左右行T管造影,再次明确是否有残余结石,酌情拔除T管。

观察组患者先行ERCP+EST术,患者取左侧卧位,丁卡因咽喉喷雾麻醉后,经口插入十二指肠镜,于十二指肠大乳头处插入造影导管并注入造影剂,观察肝内外胆管情况,明确结石的数目、大小、位置等,并及时探查,帮助评估胆管及乳头结构,并留置导丝。切开十二指肠乳头1.0~1.5 cm,置入取石网篮取出结石,直径较大的结石可先行碎石器碎石处理后,再分次取出。术后注入造影剂,明确有无结石残留,冲洗胆管,退镜结束。

1.3 观察指标

比较2组患者手术治疗成功率、结石残留率、近期术后复发率、术后并发症发生率、手术出血量、手术时间、胃肠功能恢复时间、住院时间和手术费用。

1.4 统计学分析

采用统计学软件 SPSS 14.0 建立数据库,进行统计分析处理。计量资料采用均数 \pm 标准差表示,计数资料采用例数(n)表示。计量资料比较采用重复测量设计的方差分析,单个时间点的比较采用两样本 t 检验;计数资料组间的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组患者手术成功率为 100%,患者于术后 10~12 周拔除 T 管时,行 T 管造影时发现胆总管残余结石 2 例,结石残留率为 5.3%,术后均经 T 管窦道取出;对照组近期复发率为 5.3%。观察组有 2 例患者结石过大,术中行碎石失败后,无法取出,转行开腹手术取石,手术成功率为 94.7%;结石残留率为 5.3%;术后随访 1 年,经 B 超检查发现有 3 例复发,行二次 EST 取石治疗,近期复发率为 7.9%。2 组患者手术治疗成功率、

结石残留率、近期术后复发率比较无显著差异($P > 0.05$)。

对照组术后发生 3 例并发症,分别为 1 例急性胆管炎和 2 例胆漏,并发症发生率为 7.9%,胆管炎术后给予 7 d 抗生素治疗后体温降至正常,胆漏患者采用持续性腹腔引流管引流,分别于第 8 天和第 9 天自行闭合,无死亡病例。观察组术后发生 3 例并发症,分别为 1 例急性胆管炎、1 例胰腺炎、1 例出血,并发症发生率为 7.9%,胰腺炎患者予以禁食禁水 5 d 联合生长抑素,泮托拉唑等治疗恢复,胆管炎患者经过 7 d 抗生素治疗后症状消失,十二指肠出血患者给予止血药物治疗后,出血停止,无 1 例死亡。2 组术后并发症发生率无显著差异($P > 0.05$)。

2 组患者住院时间比较无显著差异($P > 0.05$),观察组手术出血量、手术时间、胃肠功能恢复时间显著优于对照组($P < 0.05$),而手术费用显著高于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组患者手术出血量、手术时间、胃肠功能恢复时间、住院时间和手术费用的比较

组别	例数	手术出血量/mL	手术时间/min	胃肠功能恢复时间/d	住院时间/d	手术费用/元
对照组	38	452.8 \pm 148.5	142.6 \pm 60.8	3.9 \pm 0.8	14.5 \pm 0.9	12 089.4 \pm 1 065.7
观察组	38	30.5 \pm 15.4*	65.4 \pm 12.7*	2.4 \pm 0.3*	14.6 \pm 0.8	22 095.7 \pm 2 047.6*

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

胆石症在中国属于常见病、多发病,约占 10% 左右,包括胆囊结石、肝内胆管结石和肝外胆管结石,其中胆囊结石占 80% 左右,胆囊结石合并胆总管结石占 15% 左右^[31]。胆总管结石的传统治疗以开腹胆总管切开放石、T 管引流术为主,近年来随着微创技术的不断发展,包括腹腔镜下胆总管切开放石、T 管引流术以及内镜下十二指肠乳头括约肌切开放石术等应用广泛^[4]。

传统的开腹胆囊切除 + 胆总管切开放石 + T 管引流术创伤较大,术后易发生切口感染,患者术后恢复较慢,疤痕明显,加之术后长期留置 T 管,大量的胆汁流失,对患者的生理、心理都带来极大的创伤^[5]。腹腔镜下胆囊切除、胆总管切开放石、T 管引流术虽然较传统手术具有微创优势,但术后如 T 管脱落、胆道梗阻、胆汁流失、胆漏、并发胆管感染、拔管困难等问题仍难以避免^[6]。同时对于高龄、肥胖、重症胆管炎、胆源性胰腺炎、壶腹周围癌、胆总管癌导致梗阻性黄疸难以耐受手术的患者来说,采用 EST 治疗就显得尤为重

要^[7]。取石应注意以下原则:① 对于直径不超过 1 cm 的结石或为泥沙样结石的患者,采用内镜乳头气囊扩张术取石或网篮钳取石效果较好;② 直径在 1~1.5 cm 的结石,可采用内镜下乳头括约肌切开术取石效果较好;③ 直径超过 1.5 cm 的结石,可先于内镜下碎石后再取石效果较好^[8]。有研究^[9]表明,内镜与传统开腹手术治疗相比,创伤小、无腹部疤痕,残余结石少、黄疸消退快、术后恢复快,且不受胆管手术后胆管炎性黏连的影响,能够较为完整地保全胆道完整性,维持其正常生理功能等优点。有报道^[10]指出,内镜与传统开腹手术治疗成功率相似,可达 90% 以上,十二指肠乳头扁平、憩室,括约肌狭窄、充血、水肿是影响内镜下治疗成功与否的重要影响因素。

本研究结果表明,对照组患者手术成功率为 100%,患者于术后 10~12 周拔除 T 管时,行 T 管造影时发现胆总管残余结石 2 例,结石残留率为 5.3%,术后均经 T 管窦道取出;对照组近期复发率为 5.3%。观察组有 2 例患者结石过大,术中行碎石失败后,无法取出,转行开腹手术取石,手术成功率为 94.7%;结石残留率为 5.3%;

术后随访1年,经B超检查发现有3例复发,行二次EST取石治疗,近期复发率为7.9%。2组患者手术治疗成功率、结石残留率、近期术后复发率比较无显著差异($P > 0.05$)。对照组术后发生3例并发症,分别为1例急性胆管炎和2例胆漏,并发症发生率为7.9%,胆管炎术后给予7 d抗生素治疗后体温降至正常,胆漏患者采用持续性腹腔引流管引流,分别于第8天和第9天自行闭合,无死亡病例。观察组术后发生3例并发症,分别为1例急性胆管炎、1例胰腺炎、1例出血,并发症发生率为7.9%,胰腺炎患者予以禁食禁水5 d联合生长抑素,泮托拉唑等治疗恢复,胆管炎患者经过7 d抗生素治疗后症状消失,十二指肠出血患者给予止血药物治疗后,出血停止,无1例死亡。2组术后并发症发生率无显著差异($P > 0.05$)。2组患者住院时间比较无显著差异($P > 0.05$),观察组手术出血量、手术时间、胃肠功能恢复时间显著优于对照组($P < 0.05$),而手术费用显著高于对照组($P < 0.05$)。尽管内镜下治疗优势较多,但也有其不足之处,如十二指肠球部狭窄致内镜无法通过,括约肌炎症、充血,伴有严重凝血机制障碍患者,不易行此方式治疗,且该术式采用两次手术,增加患者二次手术的痛苦^[14-18]。其次由于EST术后永久性切断括约肌纤维,有肠液、肠内容物反流入胆道的可能性,容易继发胆管炎,有增加术后胆管结石复发的可能性^[19-21]。

综上所述,对于胆管复发性结石患者来说,应结合患者自身状况,建议内镜下微创治疗取石,手术安全,患者创伤小、康复快。

参考文献

- [1] 林萍,邓涛. ERCP/EST联合LC治疗胆总管结石合并胆管结石的临床疗效[J]. 医学研究杂志, 2016, 45(07): 36-39.
- [2] 侯天恩,曾德辉,汪福群,等. 内镜下十二指肠乳头球囊扩张取石治疗胆总管结石的价值[J]. 中国医药科学, 2016, 6(5): 205-207, 218.
- [3] 李作安,张建民,钱长春,等. 逆行胰胆管造影联合内镜与腹腔镜联合胆道镜治疗单纯胆总管结石的临床效果[J]. 中国医药导报, 2016, 13(28): 56-59.
- [4] 黄建峰,翟东升,黄强. ERCP联合内镜下十二指肠乳头括约肌切开术治疗胆管结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(23): 72-74.
- [5] 张海文,周建鹏,魏锋,等. 腹腔镜胆总管探查术后I期缝合和T管引流的疗效比较[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(6): 1149-1151.
- [6] 黄书明,陈圣开. ERCP术后并发急性胰腺炎的高危因素分析和预防[J]. 贵州医药, 2016, 40(07): 738-739.
- [7] 李永杰,周耿,方孟园,等. 肝功能指标在诊断胆管结石合并无症状胆总管结石中的作用[J]. 中华肝胆外科杂志, 2014, 20(6): 431-434.
- [8] 于青松. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆管结石合并胆总管结石的疗效观察[J]. 中国医药科学, 2014, 4(21): 214-216.
- [9] 慎华平,张国雷,张鸣杰,等. ERCP+EST联合LC治疗胆管结石伴胆总管结石的疗效评价[J]. 肝胆胰外科杂志, 2014, 26(05): 359-361.
- [10] 栾晓峰,唐俊力,刘长清. 内镜联合腹腔镜治疗老年胆管结石合并胆总管结石患者的临床研究[J]. 中国医药指南, 2016, 14(03): 75-76.
- [11] 韦璐,王长青,刘政,等. 经内镜逆行胰胆管造影治疗85岁以上胆总管结石患者的效果观察[J]. 临床肝胆病杂志, 2015, 31(10): 1637-1640.
- [12] 曾远程,陆志平,黄国进. 内镜括约肌切开术(EST)治疗胆总管结石65例临床分析[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(15): 62-63.
- [13] 李宇,郝杰,孙昊,等. 一期腹腔镜胆囊切除联合胆总管探查取石与分期内镜取石和腹腔镜胆囊切除术治疗胆管结石合并胆总管结石的比较[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(02): 202-208.
- [14] 卢磊,喻珊. 两种引流方法在胆总管结石伴梗阻性黄疸的应用比较[J]. 中国内镜杂志, 2016, 22(06): 78-80.
- [15] 周云飞,成功志,张开红. 不同微创技术在胆源性胰腺炎患者中的应用[J]. 中国现代普通外科进展, 2016, 19(05): 408-410, 414.
- [16] 黄建峰,翟东升,黄强. ERCP联合内镜下十二指肠乳头括约肌切开术治疗胆管结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(23): 72-74.
- [17] 蒋剑. 腹腔镜联合十二指肠镜治疗胆结石合并胆总管结石的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(21): 42-44.
- [18] 郝畅,曾凡荣,刘思洋,等. 胆囊炎伴胆管结石、胆源性胰腺炎患者术中出血性休克抢救成功1例[J]. 黑龙江医药科学, 2013, 36(4): 72-72.
- [19] 李华丽,梁雪,魏伟,等. 开腹取石保胆术与胆囊切除术治疗急性胆囊炎合并胆结石的临床效果分析与护理对策[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(22): 73-75.
- [20] 丰泉. 腹腔镜与传统外科手术治疗胆结石的疗效比较[J]. 中国当代医药, 2011, 18(24): 203-204.
- [21] 郑晓华,曾鹏飞. 腹腔镜联合胆道镜用于胆结石临床治疗的疗效分析[J]. 吉林医学, 2012, 33(24): 5168-5168.