

· 临床研究 ·

# 双镜联合治疗胆囊结石合并胆总管结石临床研究

卢明, 胡昇序

南京市浦口区中心医院普外科, 江苏 南京 212800

**摘要:** **目的** 探讨电子十二指肠镜和腹腔镜双镜联合治疗在胆囊结石合并胆总管结石治疗中的应用及其价值。**方法** 采用回顾性分析方法, 从 2012 年 2 月至 2014 年 2 月收治的胆囊结石合并胆总管结石患者中, 随机选取行双镜联合手术治疗的 27 例为观察组, 行开腹手术的 26 例为对照组。对比两组手术治疗效果、手术时间、术中出血量、住院天数、胃肠功能恢复时间及临床并发症情况。**结果** 观察组患者的手术时间、术中出血量、住院天数及胃肠功能恢复时间均低于对照组 ( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ )。观察组医源性胰腺炎发生率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 切口感染和残余结石发生率稍低于对照组, 胆总管下端炎性狭窄发生率稍高于对照组, 但差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ )。**结论** 电子十二指肠镜和腹腔镜双镜联合治疗胆囊结石合并胆总管结石, 疗效好, 患者创伤小、恢复快、疼痛轻、住院时间短。

**关键词:** 胆囊结石; 胆总管结石; 电子十二指肠镜; 腹腔镜; 联合; 开腹手术

**中图分类号:** R 657.4<sup>+</sup>2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)11-1485-03

胆石病是胆道外科常见病、多发病, 随着胆石病结石病程的延长, 继发性胆总管结石逐渐增多, 据相关报道, 胆总管结石和胆囊结石的同源性为 18%, 约占胆石病的 3% ~ 25%<sup>[1-3]</sup>。传统手术方法是行开腹胆囊切除、胆总管切开取石和 T 型管引流, 但手术创伤大、并发症多、住院时间长<sup>[4-5]</sup>。随着腔镜技术的发展和普及, 腹腔镜胆囊切除术 (LC) 联合十二指肠镜逆行胆胰管造影 (ERCP) 后行乳头括约肌切开 (EST), 或球囊扩张 (EPBD) 取石术治疗胆石病, 具有手术创伤小、术后恢复快的特点, 成为治疗胆囊结石合并胆总管结石的首选方法。本研究对比电子十二指肠镜和腹腔镜双镜联合微创治疗和开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石, 观察其临床疗效及不良反应, 现将治疗经验总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用回顾性分析方法, 从 2012 年 2 月至 2014 年 2 月收治的胆囊结石合并胆总管结石 [年龄 30 ~ 68 (46.6 ± 8.2) 岁, 病程 3 ~ 36 (13.7 ± 8.3) 个月] 的患者中, 随机选取行双镜联合手术治疗的 27 例为观察组, 行开腹手术的 26 例为对照组。两组患者年龄、性别、病程比较差异无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	男/女 (例)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	病程 (月, $\bar{x} \pm s$ )
观察组	27	18/9	45.7 ± 8.3	14.1 ± 7.2
对照组	26	16/10	46.8 ± 11.1	12.9 ± 7.5
$\chi^2/t$ 值		1.041	0.384	0.594
$P$ 值		$> 0.05$	$> 0.05$	$> 0.05$

**1.2 纳入标准** (1) 所有患者均经 B 超、CT、胆胰管造影等检查确诊为胆囊结石合并胆总管结石, 均有中上腹或右上腹疼痛史; (2) 患者结石直径  $\leq 35$  mm, 数量  $\leq 4$  枚, 无肝内胆管结石及上腹手术史; (3) 能耐受内镜手术治疗, 无手术禁忌证。

**1.3 仪器设备** 采用 Olympus TJF-240 电子十二指肠镜、东芝 X 光机、标准造影导管、二腔乳头切开刀、取石网篮、取石钳、气囊导管、斑马导丝、球囊扩张导管、ENBD-NAG 系列直径 7 ~ 10 F、迷尔腹腔镜。

### 1.4 手术方式

**1.4.1 观察组** (1) 术前禁食 12 h, 采用鼻气管插管实施全身麻醉, 患者取俯卧位, 电子十二指肠镜插入十二指肠降部后, 经十二指肠乳头行常规 ERCP, 证实胆管内有结石后行内镜治疗。胆总管结石直径  $< 8$  mm 采用 EPBD 治疗, 通过内镜活检孔经造影管插入斑马导丝, 然后退出造影管保留导丝, 沿导丝插入气囊导管至乳头内, 使气囊中部刚好在乳头狭窄区内, 在气囊导管内注入生理盐水压力为 0.5 ~ 0.8 MPa, 扩张 2 ~ 3 min, 间隔 30 s 后再扩张 2 ~ 3 min。胆总管结石直径 8 ~ 13 mm 者, 采用 EST 治疗, 括约肌切开长度 10 ~ 12 mm。EPBD 及 EST 以球囊和取石网篮取结石。对于直径  $> 13$  mm 的结石, 可

采用碎石篮碎石后,以气囊或网篮取出结石碎片,在 X 线监视下直至取净为止,取石后再次造影检查是否有结石残留。所有患者取石术后行鼻胆管引流(ENBD),常规给予左氧氟沙星、止血敏、奥曲肽预防感染及止血。(2)于 ERCP 取石术后 2~5 d 行全麻 LC 术,患者取仰卧位,手术台左侧倾斜 15°左右,脐上缘作 10~15 mm 弧形切口,穿刺针插入气腹,压力控制在 12~15 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa);脐缘及剑突下放置 10 mm 套管针,右锁骨中线肋缘放置 5 mm 套管针,分别放置腹腔镜和器械。观察腹腔情况后确定行胆囊切除术,分离胆囊管和胆囊动脉,切除胆囊后放置腹腔引流管,术后给予常规治疗。术后 30 d 造影检查有无结石,拔除引流管。

1.4.2 对照组 在全麻下行常规开腹手术,于右肋骨缘下或右上腹行纵向切开,切除胆囊后,检查胆管应用胆道镜进行取石,行 T 型管引流术。术后给予抗感染、制酸、止血药物 24 h 静脉滴注处理,测定血、尿淀粉酶,术后 30 d 拔出引流管。

1.5 观察指标 (1)一般指标:患者手术时间、术中出血量、住院天数及胃肠功能恢复时间;(2)各种并发症发生情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件进行统计分析。计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料用频数和率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验和校正  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者一般指标比较 观察组的手术时间、术中出血量、住院天数及胃肠功能恢复时间均少于开腹手术组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。见表 2。

2.2 两组患者各种并发症发生情况比较 观察组医源性胰腺炎发生率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。切口感染和残余结石发生率稍低于对照组,胆总管下端炎性狭窄发生率稍高于对照组,但差异无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组患者手术时间、术中出血量、住院天数、胃肠功能恢复时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	住院天数 (d)	胃肠功能恢 复时间(h)
观察组	27	116.7 ± 8.5	115.5 ± 20.2	9.5 ± 1.6	26.51 ± 10.22
对照组	26	150.4 ± 6.2	210.5 ± 22.6	19.2 ± 2.3	31.75 ± 9.56
$t$ 值		21.883	21.381	23.652	2.557
$P$ 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.05

表 3 两组患者并发症发生情况对比 例(%)

组别	例数	切口感染	残余结石	医源性 胰腺炎	胆总管下端 炎性狭窄
观察组	27	0	0	6(22.2)	1(3.7)
对照组	26	5(19.2)	4(15.4)	0	0
$\chi^2$ 值		3.703	2.559	4.307	0.000
$P$ 值		>0.05	>0.05	<0.05	>0.05

## 3 讨论

胆囊结石合并胆总管结石占胆石病的 10%~20%<sup>[6]</sup>,传统治疗方法是开腹手术,即切开胆总管或胆囊管取石、T 型管引流和胆囊切除术;特点是直接手术,对设备和技术无特殊要求。此手术方法对患者创伤大、康复及术后疼痛时间长,同时增加了并发症不良因素,对患者的身心健康带来巨大压力<sup>[7-8]</sup>。随着内镜技术的快速发展,十二指肠镜联合腹腔镜治疗胆囊结石合并胆总管结石有取代开腹手术的趋势,为目前临床应用较为广泛的治疗手段;该方法具有创伤小、术后恢复快、住院时间短、疼痛小、降低费用等优点<sup>[9]</sup>。双镜联合治疗胆总管结石可减轻胆道内压力,预防医源性胰腺炎、急性梗阻性化脓性胆管炎,可避免由于内镜治疗胆总管结石失败需转开腹手术。双镜联合诊治,通过内镜检查胆管病变,简化胆囊结石合并胆总管结石的手术过程,择期行 LC。ERCP 和 LC 治疗胆囊结石合并胆总管结石,可拓展微创手术在胆道外科的范围,有手术成功率高、住院时间短、创伤小、疼痛小等优点。对大多数胆囊结石合并胆总管结石患者,是安全的治疗手段,但由于在手术过程中反复插管和造影,易诱发胰腺炎、胆管炎和肠道穿孔出血,本研究观察组医源性胰腺炎亦高于对照组,因此在操作时应注意以下几点:(1)器械要严格消毒;(2)插管时首先观察好乳头和乳头开口;(3)胆管造影,导管待接近肝门处再注射造影剂,控制好压力以避免进入肝内导管或靠近胆胰部而诱发胰腺炎;(4)术后常规禁食和使用抗生素。

陈志华等<sup>[10]</sup>报道腹腔镜下胆结石术手术时间大于开腹组,可能与十二指肠乳头位移变异、胆总管开口大小及医生的手术熟练程度欠理想有关。本研究观察组手术时间、术中出血量、住院天数及胃肠功能恢复时间均少于对照组,差异有统计学意义;同时切口感染和残余结石发生率有较对照组降低的趋势,但差异无统计学意义,有待进一步扩大样本量进行观察。

综上所述,双镜联合手术治疗胆囊结石合并胆总管结石,其疗效优于常规开腹组,具有创伤小、康复期短、安全等优点。

## 参考文献

- [1] El-Geidie AA. Laparoendoscopic management of concomitant gallbladder stones and common bile duct stones; what is the best technique? [J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2011, 21(4): 282-287.
- [2] 崔小鹏, 樊勇. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石临床分析[J]. 重庆医学, 2013, 42(24): 2847-2848.
- [3] 谢浩, 龙昊, 宋正伟, 等. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床疗效分析[J]. 重庆医学, 2013, 42(20): 2359-2360, 2363.
- [4] 张鹏, 赵景明, 张忠涛. 开腹胆总管切开取石术与内镜下十二指肠乳头括约肌切开取石术的比较[J]. 中华肝胆外科杂志, 2011, 17(9): 727-731.
- [5] 赵传印, 朱馥荣. 改良腹腔镜下胆总管切开取石的临床应用[J]. 重庆医学, 2012, 41(8): 787-788.
- [6] Lee KM, Paik CN, Chung WC, et al. Risk factors for cholecystectomy in patients with gallbladder stones after endoscopic clearance of common bile duct stones [J]. Surg Endosc, 2009, 23(8): 1713-1719.
- [7] 陆斌. 两种方法治疗胆囊结石合并胆总管结石效果比较[J]. 中国基层医药, 2011, 18(1): 54-55.
- [8] 陈明. 双镜微创与开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床研究[J]. 天津医药, 2012, 40(10): 1072-1073.
- [9] 于江涛, 黄强, 王军. 腹腔镜胆道探查术与传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床价值比较[J]. 安徽医科大学学报, 2012, 47(5): 615-616, 封3.
- [10] 陈志华, 邹全庆. 双镜联合微创手术与开腹手术对胆囊结石合并胆总管结石的疗效对比研究[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 35(3): 56-58.

收稿日期: 2015-05-12 修回日期: 2015-06-10 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

## 综合评分系统在 112 例肝门部胆管癌术前可切除性评估中的应用

宋研, 祁付珍

南京医科大学附属淮安第一医院肝胆胰外科, 江苏 淮安 223300

**摘要:** 目的 探讨综合评分系统在肝门部胆管癌术前可切除性评估中应用的可行性。方法 回顾性分析 2005 年 1 月至 2013 年 10 月收治的 112 例肝门部胆管癌患者的临床资料, 分别对每例患者的胆红素水平、彩超、CT、MRI 检查结果综合评分, 按照评分系统进行术前可切除性的判断, 并与手术结果进行比较。结果 112 例患者均接受手术, 其中根治性手术 72 例, 姑息性手术 32 例, 剖腹探查活检及内或外引流术 8 例。所有患者的术后病理诊断均为胆管腺癌。术中情况结合术后病理提示 13 例有肝动脉受侵, 19 例门静脉受侵, 21 例淋巴结转移, 8 例腹膜种植转移或远处转移。综合评分 0~5 分 38 例, R0 切除(手术切缘无肿瘤细胞残存) 36 例(94.7%); 6~10 分 35 例, R0 切除 24 例(68.6%); 11~15 分 34 例, R0 切除 12 例(35.3%); 16~18 分 5 例 R0 切除 0 例。结论 综合评分系统可为肝门部胆管癌患者提供良好的术前可切除性评估。

**关键词:** 胆管癌, 肝门部; 胆红素; X 线计算机断层扫描; 核磁共振; 超声; 彩色多普勒; 综合评分系统; 手术方式

中图分类号: R 735.8 文献标识码: B 文章编号: 1674-8182(2015)11-1487-03

肝门部胆管癌是指原发于胆囊管开口以上的肝总管至左右肝管部位的黏膜上皮癌, 亦称高位胆管癌或上段胆管癌<sup>[1]</sup>, 其临床表现主要为梗阻性黄疸。因早期缺乏特异性表现, 往往导致患者就诊时已属中晚期。肝门部胆管癌患者能否手术切除甚至根治性手术切除取决于精准的术前评估。本文回顾性分析 2005 年 1 月至 2013 年 10 月我院收治的经病理确诊

的肝门部胆管癌患者 112 例的临床资料, 探讨综合评分系统在肝门部胆管癌术前可切除性评估中的应用价值。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 112 例肝门部胆管癌患者中男 68 例, 女 44 例; 年龄 49~71 岁, 平均 56 岁; 112 例中合并乙型肝炎 13 例, 丙型肝炎 5 例, 肝硬化 9 例, 肝内外胆管结石 4 例。112 例患者术后病理均证实为胆管腺癌。