

腹腔镜联合输尿管硬镜治疗胆总管结石 30 例临床分析

蒋汉城

作者单位: 545005 广西 柳州市工人医院普外科

作者简介: 蒋汉城(1978-) 男 大学本科 医学学士 主治医师 研究方向: 普外微创外科的临床研究。E-mail: jianghancheng7802@126.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜联合输尿管硬镜治疗胆总管结石的临床效果。方法 回顾性分析用腹腔镜联合输尿管硬镜治疗胆总管结石 30 例的临床资料。结果 30 例手术均获成功, 手术时间 120 ~ 160 min, 平均 135 min。术中出血量 50 ~ 150 ml, 平均 80 ml。术后住院 6 ~ 11 d, 平均 8 d。全部病例康复出院, 无术后严重并发症发生。结论 腹腔镜联合输尿管硬镜微创治疗胆总管结石效果好, 值得临床应用。

[关键词] 腹腔镜; 输尿管硬镜; 胆总管结石

[中图分类号] R 657.4⁺2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)11-1065-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.23

Clinical effect of laparoscopic and rigid ureteroscopic surgery in the treatment of choledocholithiasis JIANG

Han-cheng. Department of General Surgery, Liuzhou Worker's Hospital, Guangxi 545005, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical value of choledocholithiasis treated by laparoscopic and rigid ureteroscopic surgery. **Methods** Clinical data of laparoscopic and rigid ureteroscopic surgery in the treatment of 30 patients with choledocholithiasis were analyzed retrospectively. **Results** All patients were treated successfully. The mean operation time was 135 min (range from 120 to 160 min), the operative bleeding volume was 80 ml (range from 50 to 150 ml), the hospital stay time was 8 d (range from 6 to 11 d). All patients recovered uneventfully. There was no recurrence of severe postoperative complication. **Conclusion** Laparoscopic and rigid ureteroscopic surgery for choledocholithiasis is worth applying.

[Key words] Laparoscope; Rigid ureteroscope; Choledocholithiasis

随着腔镜器械的不断更新及微创外科技术经验的不断积累, 外科医师在熟练掌握腹腔镜胆囊切除术(LC)的基础上逐步开展腹腔镜胆总管切开取石术(LCTD), 并取得良好效果。笔者在原单位(来宾市金秀县人民医院普外科)自2006-04~2011-12应用腹腔镜联合输尿管硬镜手术治疗胆总管结石30例, 均获成功, 无术后严重并发症发生, 效果良好, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者30例, 男19例, 女11例; 年龄38~70岁, 平均58岁。25例术前有不同程度的腹痛, 26例伴有不同程度黄疸。30例患者术前均行B超及腹部CT检查明确诊断胆总管结石, 其中12例合并胆囊结石; 18例为胆总管单发结石, 12例为多发(最多3枚)结石。结石最大约2.0 cm × 1.3 cm。胆总管扩张1.5~2.5 cm。

1.2 手术方法 按LC常规准备, 采用气管插管全麻, 常规建立气腹, 压力设为12~14 mmHg。患者取头高足低位, 左侧倾斜15°。采用4孔法操作, 于脐上缘置入10 mm Trocar, 导入腹腔镜探查, 然后分别于剑突下3 cm偏右1 cm、右锁骨中线及右腋前线肋缘下置入10、5、5 mm Trocar, 置入电凝钩及操作钳。合并胆囊结石者, 先用电凝钩或超声刀分离解剖胆囊三角, 胆囊管不离断, 留作牵引, 无胆囊结石及胆囊炎者胆囊予以保留。继用电凝钩(低电流)或超声刀于肝十二指肠韧带前将浆膜层打开, 显露胆总管前壁约3.0 cm, 用胆总管穿刺针穿刺证实为胆总管后, 用胆总管切开刀切开胆总管约1.5~2.5 cm, 如结石位于切口附近, 则用分离钳在胆总管上下端外面向切口推压挤出结石, 放入收集袋内。若结石位于胆总管下端, 则将剑突下10 mm Trocar更换为软管(12 mm Trocar), 用胆总管取石钳或开

放取石钳将胆总管下端结石取出,用软质尿管加压冲洗胆总管。继之经剑突下 Trocar 置入输尿管硬镜,在腹腔镜直视下进入胆总管,部分可进入十二指肠,探查胆总管通畅与否及有无结石残留。两镜交换位置,用输尿管硬镜窥视胆总管上端,观察左右肝管有无结石残留,若有结石则用钳取出或用钬激光将结石粉碎取出或冲出,取石结束后再次用生理盐水冲洗胆总管。将胆囊切除取出,根据胆总管扩张程度,选择合适的 T 型管行胆总管 T 管引流,用 3-0 可吸收微乔线间断缝合胆总管切口。本组 5 例单纯性胆总管结石,术前黄疸指数不高,胆管炎症不明显,取石后经输尿管镜证实胆管远端通畅行胆总管 I 期缝合,术后未见胆漏。用生理盐水冲洗术野,取出结石,于 Winslow 孔处放置引流管一根经右腋前线穿刺孔引出固定。术毕经 T 管行胆道造影再次了解胆道通畅情况及有无结石残留。

2 结果

本组 30 例患者手术均获成功,手术时间 120 ~ 160 min,平均 135 min,术中出血量 50 ~ 150 ml,平均 80 ml。30 例患者中行胆总管 I 期缝合 5 例,行胆总管 T 管引流 25 例。其中 2 例合并胆囊结石者术后第 1 天开始出现少量胆漏,每天有 20 ~ 50 ml 胆汁流出,但无腹痛及发热现象,经通畅引流 4 d 后胆汁逐渐减少并消失,至术后第 7 天经 B 超检查未见局部积液后拔除引流管。2 例患者 T 管引流通畅,胆漏考虑为胆囊床迷走胆管漏,其余 28 例患者切口均按时愈合。术后住院时间 6 ~ 11 d,平均 8 d。术后 3 ~ 7 d 拔除引流管。术后 4 周经造影证实胆道通畅无结石残留后拔除 T 管。全部病例康复出院,无术后严重并发症发生,随访 0.5 ~ 2 年未见结石复发及胆管狭窄。

3 讨论

3.1 目前,临床胆囊结石合并胆总管结石发生率约为 15%^[1],常可引起严重并发症,对其治疗需采取较胆囊结石更积极的态度。传统的处理方法是开腹胆囊切除术胆总管切开放石、胆总管 T 型管引流、胆囊切除术联合十二指肠镜乳头切开放石术(endoscopic sphincterotomy, EST)。但十二指肠镜下取石针对胆总管结石数量多、体积大及碎石困难者难以完成,并发症有切口出血、急性胰腺炎、反流性胆管炎、肠穿孔等^[2],同时正常的 Oddi 括约肌结构完整性遭到破坏,增加逆行感染的机会,取石失败时需二次手术,增加患者痛苦。EST 后,大多数患者出现胆管反流,胆管内胆汁成分发生改变,有一定的结石复

发率。业已证实,腹腔镜微创技术具有创伤小、住院时间短、术后恢复快等优点。腹腔镜胆总管探查术(LCBDE) + T 管引流术适用范围较广,将是今后胆总管结石手术的金标准^[3,4],而单一腹腔镜操作取石,对胆总管通畅与否及有无结石残留这一难题难以解决。随着腹腔镜器械设备的更新,腔内缝合、打结技术及胆总管切开技巧的不断提高,外科医师应用两镜联合(腹腔镜联合胆道镜或纤维十二指肠镜)治疗胆总管结石的报道逐渐增多,克服了这项难题。我院在缺少胆道镜及十二指肠镜的条件下,利用输尿管硬镜联合腹腔镜治疗胆总管结石,取得同样效果,不愧为一项值得应用的腔镜组合。

3.2 手术适应证 (1) 单纯性胆总管结石或胆囊结石合并胆总管结石。(2) 多发性胆总管结石(最好在 3 枚以下)。(3) 胆总管结石合并左右胆管结石,近端胆管扩张明显者。(4) 胆总管扩张 > 2.0 cm 者。

3.3 胆管损伤的预防 (1) 对合并胆囊结石者行胆囊切除术时应仔细解剖胆囊三角,防止肝外胆管损伤,良好显露 Calot 三角是关键环节。(2) 术中切忌盲目使用钛夹、电凝剥离胆囊,注意胆囊动脉及其分支,避免不必要的出血、忙乱止血,造成胆管损伤。(3) 重视电凝电切过程中的热损伤,胆囊三角及胆总管前臂的解剖应尽量使用低电流进行电凝或电切,有超声刀首选超声刀进行解剖。(4) 输尿管硬镜的推进:应边冲水边缓慢推进,遇有阻力则退出重新进入,千万不能盲目推进,一定要保持镜下视野清晰,动作要轻柔,避免胆管撕裂、穿孔或出血。(5) 胆管的缝合:国内有些学者^[5,6]采用腹腔镜下胆总管切开放石、胆总管 I 期缝合取得较好效果,简化了手术操作。我们认为胆总管 I 期缝合应视情况酌情采用,不能一概而论。(6) 防止术中胆道损伤,除要有良好的腹腔镜操作技巧外,适时中转开腹亦是明智之举。术者对中转开腹应持有正确的心态,认识到及时果断的中转开腹是针对患者病情采取恰当处理方式,目的是安全完成手术。

3.4 中转开腹指征 (1) Calot 三角解剖不清。(2) 无法控制的出血。(3) 胆囊管嵌顿结石。(4) 胆囊壶腹粘连,显露困难。(5) 与肝外胆管粘连致密的萎缩性胆囊炎及化脓、坏疽性胆囊炎。(6) 与肝外胆管形成内瘘。(7) 胆囊恶性肿瘤。(8) 术中发现肝门部胆漏不能排除胆管损伤。

3.5 胆总管探查后 I 期缝合的适应证 (1) 胆管术中造影和内镜检查证实结石彻底取净。(2) 胆管

无急性炎性改变。(3)胆总管下端无狭窄,胆管泥沙样结石取净。(4)术前肝功能检查胆红素、转氨酶及淀粉酶升高,术中探查有肝内胆管结石或残石、胆道感染严重、十二指肠乳头严重水肿者需要行胆总管 T 型管引流,以避免围手术期胆道高压致胆汁渗漏。

参考文献

- 1 吴阶平,裘法祖.黄家驷·外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2000:1274.
 - 2 秦明放,鲁焕章.内镜和腹腔镜联合治疗复杂性胆石症患者[J].中华消化内镜杂志,1999,16(5):290.
 - 3 胡三元,亓玉忠,张建良,等.腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜取石术260例报告[J].山东医药,2001,41(14):9-10.
 - 4 胡三元,亓玉忠,张建良,等.腹腔镜胆总管切开取石 T 管引流术210例报告[J].中国现代手术学杂志,2000,4(4):253-255.
 - 5 王存川,徐以浩,陈均,等.电视腹腔镜胆总管切开探查后胆总管 I 期缝合术[J].中华普通外科杂志,2000,15(8):478.
 - 6 贺为人,马明坤,彭祥玉.腹腔镜胆总管切开纤维胆道镜取石胆总管 I 期缝合60例分析[J].肝胆胰外科杂志,2003,15(1):33.
- [收稿日期 2012-06-12] [本文编辑 刘京虹 吕文娟]

成人视网膜母细胞瘤 1 例

• 病例报告 •

李士敏, 王玉霞

作者单位: 261100 山东 潍坊市寒亭区人民医院眼科

作者简介: 李士敏(1981-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:眼科肿瘤及青光眼的诊治。E-mail: lishimin858@163.com

[关键词] 视网膜母细胞瘤; 成人; 误诊

[中图分类号] R 77 [文章编号] 1674-3806(2012)11-1067-01

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.24

1 病例介绍

患者,男,50岁,因右眼视力进行性下降半年伴胀痛1周,于2012-02-06入院。患者曾在当地医院以“视网膜脉络膜炎”给予地塞米松治疗1个月,但效果不佳。眼科检查:左眼视力1.2,右眼无光感。右眼混合性充血,角膜轻度水肿,虹膜密布新生血管。眼部B超示:右眼玻璃体混浊,球内不均匀密度占位性病变。彩色多普勒超声检查病变内见来自视网膜较粗大的动静脉血流信号。眼眶CT提示右眼球内占位性病变,恶性肿瘤可能性大。入院后,于2012-02-10在全麻下行右侧眼球摘除术。术后病理报告为视网膜母细胞瘤,视神经断端未见肿瘤细胞。

2 讨论

视网膜母细胞瘤是一种来源于光感受器前体细胞的恶性肿瘤,90%以上的病例见于5岁前,是儿童最常见的眼内恶性肿瘤^[1]。本病成人罕见,故在成人眼内占位性病变的鉴别诊断中常被忽视,造成漏

诊误诊。视网膜母细胞瘤临床表现复杂,可表现为结膜充血水肿、角膜水肿、虹膜新生血管、玻璃体混浊、眼压升高及斜视等,如此复杂的临床表现给临床诊断带来一定困难^[2]。视网膜母细胞瘤诊断及治疗对患者的生命至关重要,应加强对该病的识别,尤其对成年人患有眼痛、青光眼、视网膜脱离、视网膜肿瘤、葡萄膜炎、玻璃体混浊、虹膜新生血管、眼压升高、斜视等表现,均应考虑该病,并首选B超检查,进一步可结合CT或MRI检查,避免漏诊误诊。

参考文献

- 1 Nork TM, Schwartz TL, Doshi HM, et al. Retinoblastoma cell of origin[J]. Arch Ophthalmol, 1995, 113(6):791-802.
- 2 Odashiro AN, Pereira PR, de Souza Filho JP, et al. Retinoblastoma in an adult: case report and literature review[J]. Can J Ophthalmol, 2005, 40(2):188-191.

[收稿日期 2012-08-03] [本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]