

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.056

腹腔镜胆道镜联合保胆取石术 91 例治疗体会

艾其海

(贵州省独山县人民医院普外科 558200)

中图分类号:R657.4+2

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)22-2972-02

随着重视对胆囊功能的再认识,人们对保胆的意愿不断增强,保胆手术正逐渐被接受。本院自 2012 年 1 月至 2013 年 5 月开展腹腔镜胆道镜联合保胆取石术 91 例。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 91 例,其中,男 19 例,女 72 例,年龄 20~70 岁,平均 46 岁。并存糖尿病 2 例。其中单发结石 48 例,多发结石 43 例,结石最大径为 4.5 cm。无症状 8 例(8.8%),腹痛、腹胀症状明显 83 例(91.2%)。术前脂餐试验证实胆囊有功能 81 例,胆囊无功能 10 例。

手术适应证:(1)非急性炎症期胆囊结石;(2)胆囊壁厚小于或等于 3 mm(本组 6 例壁厚 5 mm 患者要求保胆手术);(3)B 超及 CT 检查证实胆囊大小形态正常,无萎缩、畸形、占位,无胆囊管结石,无胆管结石;(4)脂餐试验证实胆囊功能良好(B 超测定空腹与脂餐后胆囊收缩体积大于 30%);(5)无心、肺、肝疾病及凝血功能障碍;(6)患者有强烈保胆意愿(术前胆囊无功能 10 例,强烈要求保胆,故实行保胆手术)。

1.2 手术方法 气管插管全身麻醉,建立气腹,4 孔法穿刺,于脐下戳孔放置 10 mm trocar 作为观察孔,于剑突下偏右戳孔放置 10 mm trocar、右锁骨中线肋缘下 1 cm 处放置 5 mm trocar 及左锁骨中线平脐处戳孔放置 5 mm trocar 作为操作孔。显露胆囊,尽量选择胆囊底无血管区电凝切开后用组织剪剪开约 2 cm 切口,轻挤压胆囊将结石从胆囊底切口取出来,或取石钳从胆囊底切口进入胆囊腔夹取结石。取石困难时应用胆道镜取石网篮套取结石,结石取出胆囊腔后用胶手袋装入并从剑下戳孔取出。取尽结石后,将纤维胆道镜探头从右锁骨中线肋缘下 1 cm 处 trocar 进入胆囊腔,探查胆囊腔无结石残留并且胆囊管有胆汁向胆囊腔流动现象,证实胆囊管通畅,退出胆道镜,用 3-0 可吸收线连续缝合胆管底切口。如遇多发结石或单发结石小于 1 cm 者,取结石前,先用钛夹将胆囊管夹闭,待取尽结石后再将钛夹取出,以避免取石过程中细小结石从胆囊管进入胆总管。从右锁骨中线肋缘下戳孔放置胶管于胆囊底旁引流,术后 1~2 d 无引流液后拔除引流管。

2 结果

91 例术中成功取尽结石 90 例(出院前均行 B 超复查),1 例残留 0.4 cm 小结石,残石率 1.09%(1/91),经服用熊去氧胆酸片 5 个月后结石溶解消失。共取出 819 枚结石,平均每例 9 枚,最多 1 例达 438 枚。手术时间 30~120 min,平均 55 min,平均住院 5.5 d。术后发生 2 例胆漏,每日腹引管引出胆汁样液体量 30~80 mL,引流 7 d 后停止,全部治愈,无手术死亡病例。6 例术前胆囊壁厚 5 mm,其内回声不均匀者,经抗炎、利胆治疗后 3 个月均恢复正常。10 例胆囊无功能者术后 2 个月腹部 B 超显示胆囊功能恢复正常 6 例,术后 4 个月 B 超显示胆囊功能恢复正常 4 例。随访 81 例,随访时间 3~15 个月,平均 12 个月,B 超检查均无复发病例。

3 讨论

长期以来多数观点认为,胆囊结石常伴有急慢性胆囊炎,出现反复腹痛症状,同时胆囊结石与胆囊癌的发生关系密切,并且可诱发胆源性胰腺炎的发生,故对胆囊结石的治疗仍以手术切除胆囊为主。随着对胆囊切除术后一系列并发症的研究和探索,发现胆囊切除患者进食后常出现腹胀、腹泻等消化不良症状,有文献报道胆囊切除术后综合征高达 42%^[1],还会导致十二指肠反流和胃液反流^[2],胆囊切除术后结肠癌发生率较未行胆囊切除患者高 4.5 倍^[3]。也提示胆囊具有重要功能,人们重视胆囊功能的程度逐渐提高,特别是年轻患者强烈要求保胆的意愿越来越增强,加上胆道镜及保胆取石镜等仪器的广泛应用,使微创保胆取石术得以逐渐开展。

近一年多来本院选择适合病例,应用腹腔镜联合胆道镜开展保胆取石术治疗胆囊结石 91 例。作者体会:(1)术者首先要有从“切胆”到“保胆”的观念转变,以便于与患者沟通,可避免医疗纠纷。(2)术者应具有一定的胆道外科经验和腔镜操作技术,能熟练应用胆道镜和在腔镜下缝合打结。(3)较多发结石病例取石时,将胶手袋置放于胆囊底切口旁,从胆囊腔夹取结石放入胶手袋再从剑突下戳孔取出,以避免结石散落腹腔难于寻找。(4)多发结石或单发结石小于 1 cm 者,取石前先用钛夹夹闭胆囊管,待取尽结石后再去除钛夹,避免取石过程中细小结石进入胆总管。(5)取尽结石后,从右锁骨中线肋缘下 trocar 伸进胆道镜探头于胆囊腔内,顺着胆囊袋“纵轴”行进并转动探头方向探查各视野,以确保无结石残留,并要观察到黄色胆汁自胆囊管向胆囊腔流动现象,标志胆囊管通畅。(6)用可吸收线连续缝合胆囊底切口,缝合应严密且黏膜外翻,减少胆漏的发生。(7)严格掌握手术适应证,选择胆囊炎症状轻,胆囊收缩功能良好,胆囊壁无明显增厚,结石单发或少于 3 枚的患者^[4-6]。有报告保胆取石术后 1~2 年,84% 的病例胆囊壁由厚变薄,胆囊收缩和显影率明显改善和恢复^[7-9]。本组 6 例胆囊壁厚 5 mm 保胆取石术后 3 个月恢复正常,10 例术前胆囊无功能者术后数月功能恢复。(8)缝合线长度以 15 cm 为宜,便于缝合打结,线太长缠绕会扰乱缝合打结。(9)腹腔镜下胆囊功能正常者表现为:大小形态尚正常,胆囊壁色泽光亮偏蓝,可见滋养血管网且壁薄。(10)保胆取石的禁忌证:胆囊萎缩,急性炎症,胆囊壁增厚明显(>5 mm),胆囊收缩功能差,胆囊颈或胆囊管结石嵌顿致胆囊管梗阻,胆囊结石合并胆囊息肉或占位病变。(11)患者要有强烈保胆意愿,也是保胆取石术开展的必备条件。

腹腔镜联合胆道镜行保胆取石术治疗胆囊结石,不但可行且具有微创效果,创伤小、恢复快,不失为胆囊结石的非切除性治疗的有效方法之一。

参考文献:

[1] 朱红,李智宇,王炳煌.胆囊切除术后综合征的原因和处

理[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(2): 126-127.

[2] 侯玲, 时吉庆, 管留建, 等. 胆囊切除术后胆汁反流性胃炎分析[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(2): 77-78.

[3] 舒越. 保胆取石术治疗胆囊结石的临床应用[J]. 医学研究生学报, 2004, 17(1): 33-34.

[4] 施维镜. “切胆”与“保胆”之争的我见[J]. 肝胆胰外科杂志, 2010, 22(5): 360-362.

[5] 褚延魁, 鲁建国, 高德名. 微创保胆取石手术应思考的几个问题[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(2): 184-186.

[6] 王坚, 王昊陆, 李可为. 胆囊结石治疗策略的争论与选择: 胆囊切除还是保胆取石[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31

(1): 44-46.

[7] 张宝善. 腹腔镜微创保胆取石新思维的讨论[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(4): 241-243.

[8] 谷昊, 曹峻, 赵晋明, 等. 国内保胆取石荟萃分析[J]. 中国现代医学杂志, 2008, 18(22): 3355-3357.

[9] 胡海, 所广军, 黄安华, 等. 腹腔镜联合胆道镜微创保胆取石术 68 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(2): 135-137.

(收稿日期: 2014-02-08 修回日期: 2014-04-22)

• 短篇及病例报道 • doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.057

踝关节镜下关节内骨样骨瘤的诊断和治疗

秦晓平, 段小军, 杨柳[△], 陈光兴, 郭林, 王征, 程着, 陈凯宁, 赖超超
(第三军医大学西南医院关节外科中心, 重庆 400038)

中图分类号: R684

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)22-2973-03

骨样骨瘤是一种比较常见的良性骨肿瘤, 约占良性骨肿瘤的 1.66%~10.00%^[1-2], 好发于 7~25 岁, 男女发病之比为 3:1。临床上常表现为疼痛, 以夜间钝痛或刺痛为主, 服用非甾体消炎药 (nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs) 类药物疼痛可好转。好发于长管状骨骨干, 特别是下肢。其次见于手部的指骨、掌骨、腕骨, 足部的距骨、跟骨和脊柱附件。典型影像学表现为骨皮质内有一放射性透明阴影, 伴有周围骨质硬化并骨皮质增厚, 俗称“牛眼征”。骨骺及关节内骨样骨瘤罕见, 且缺乏影像学特征性表现, 易误诊、误治。本中心 2010 年 6 月至 2013 年 1 月共收治 3 例踝关节内骨样骨瘤患者, 利用踝关节镜对病灶进行探查并治疗, 取得满意疗效 (附图为病史最长者资料)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2013 年 1 月本院收治 3 例踝关节患者, 男 2 例, 女 1 例, 年龄分别为 10、15、18 岁; 病程分别为 13、22、48 个月。3 例患者均表现为踝关节疼痛, 起初疼痛呈间断性, 2 例夜间钝痛明显, 以为与体育锻炼有关, 予减少活动、口服 NSAIDs 类药物处理后疼痛好转, 以后疼痛转为持续性, 伴有关节肿胀, 以滑膜炎、风湿病等治疗不见好转, 其中 1 例来诊时踝关节肿胀明显, 活动受限。3 例患者均否认家族中有骨肿瘤病史及类似病史, 经踝关节 X、CT 检查未见明显“牛眼征”, CT 断层扫描见胫骨远端骨骺处骨质破坏灶, 周围骨质无硬化, 病灶中间现“死骨样”组织, 局部骨质疏松 (图 1), MRI 检查关节积液明显, 关节面软骨局部破坏, 病灶与关节相通 (图 2)。



A: CT 三维重建见病灶位于胫骨远端前外侧, 与关节腔相通, 局限且单一; B: 矢状面见前踝局部虫蚀样破坏; C: 横断面见胫骨远端前外侧规则病灶, 边界清晰并突破前侧皮质。

图 1 CT 断层扫描影像表现

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 (1) 血常规、红细胞沉降率 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP), 术前关节部位 X 线、CT、MRI 检查; (2) 踝关节穿刺: 关节液培养并行药敏试验, TB 抗酸染色, 多聚酶链式反应检测人型结核菌 DNA (PCR-TB-DNA)。 (3) 鉴别结核性滑膜

炎的实验室检查: 结核 T 细胞检测, 结核 γ 干扰素释放试验; (4) 鉴别类风湿性关节炎的实验室检查: 风湿三项、CCK。结果为 2 例 ESR、CRP 升高, 余 (-)。

1.2.2 手术操作 腰丛坐骨神经阻滞或硬腰联合麻醉下进行, 患者平卧位, 患肢大腿内侧扎气囊止血带, 标记足背动脉、