

腹腔镜下经胆囊肿管造影在胆道结石中的应用

谭定勇, 陈方章, 毛晓明, 陈德意, 舒德昌, 谭小军 (重庆市万州区人民医院腔镜科 404000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)中胆管造影在胆道结石中的临床应用价值。**方法** 回顾分析 1999 年 1 月至 2009 年 1 月在腹腔镜胆囊切除术中经胆囊肿管插管行胆管造影的 203 例患者的临床资料。**结果** 造影成功 200 例, 成功率为 98.5%, 术中发现胆总管结石 38 例, 胆管变异 4 例, 胆总管损伤 1 例。**结论** LC 中胆管造影可防止术后胆管残石的发生, 避免不必要的胆管探查, 明确胆管解剖及变异, 预防并及时发现胆管损伤, 降低了并发症, 提高了质量, 有较高的临床应用价值。

【关键词】 胆囊切除术; 腹腔镜; 胆管造影; 胆结石

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.21.018 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)21-2594-02

The clinical application of intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy TAN Ding-yong, CHEN Fang-zhang, MAO Xiao-ming, CHEN De-yi, SHU De-chang, TAN Xiao-jun (Department of Laparoscopic, People's Hospital of Wanzhou District, Chongqing 404000, China)

【Abstract】 Objective To explore the clinical value of intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy(LC). **Methods** The clinical data of 203 cases receiving intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy from Jan. 1999 to Jan. 2009 were analyzed retrospectively. **Results** Cholangiography was performed in 203 patients, and was successfully completed in 200 patients. The success rate was 98.5%. 38 cases of common bile duct, 4 cases of abnormal bile duct, and 1 case of bile duct injury were found. **Conclusion** Intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy is of high clinical value that decreases the post operative complications and improve the quality in LC, which can prevent residual calculi after operation as well as avert bile duct exploration or injury and make sure of abnormal bile duct.

【Key words】 cholecystectomy; laparoscopic; cholangiography; cholelithiasis

腹腔镜胆囊切除术(LC)与传统的胆囊切除术(OC)相比, 具有患者创伤小, 痛苦轻, 康复快等优点, 但术中可发生胆管损伤及术后胆管残余结石等并发症。采用术中胆管造影(IOC)可明显减少胆管损伤, 并及时发现胆管残余结石和胆管变异。作者自 1999 年 1 月至 2009 年 1 月有选择性地行 IOC 203 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 203 例中男 83 例, 女 120 例。年龄 18~78 岁, 平均 49.5 岁。术前常行肝功能和 B 超检查, 诊断为慢性胆囊炎、胆结石 180 例; 急性胆囊炎、胆结石 23 例。血清胆红素、碱性磷酸酶(AKP)、 γ -谷氨酰转移酶(GGT)及转氨酶轻度增高 50 例。B 超示胆总管轻度扩张, 下段显示不清 30 例。

1.2 手术方法 在全身麻醉下用三孔或四孔法行 LC。解剖胆囊三角, 游离出胆囊管及胆囊壶腹部, 近壶腹部胆囊管上钛夹, 预防胆汁及结石外漏。然后在胆囊管前壁剪一小口(胆囊管周径的 1/3~1/2), 即有胆汁溢出。用分离钳轻夹胆囊管下段, 检查有无结石。如有结石, 则将结石向上推挤, 自切口挤出, 取出体外, 并确认有胆汁自切口排出。直视下于右锁骨中线肋缘下操作孔(或剑突下操作孔)用胆管造影钳将胆管造影管(可用硬膜外硅胶管或适当口径的输尿管)插入胆囊管内 2~3 cm, 钛夹夹闭胆囊管, 用生理盐水将导管内空气排净并确认无漏液, 回抽胆汁后缓慢推注 30%复方泛影葡胺 20~40 mL, 当造影剂推入 2/3 以上时用床旁 X 线机(或 C 臂 X 线机)摄片。应用 C 臂 X 线机可以从不同角度及体位连续动态观察肝内、外胆管及胆总管下段进入十二指肠的情况。造影结束后抽

尽造影剂。

2 结果

本组 200 例插管成功并获得满意显影效果, 成功率 98.5%, 发现胆总管结石 38 例(36 例术中行腹腔镜下胆总管切开取石, 2 例中转开腹行胆总管切开取石); 胆管变异 4 例(2 例钛夹夹闭, 2 例中转开腹), 胆总管损伤 1 例(中转开腹行胆总管修补, T 管引流); 插管失败 3 例, 失败原因是胆囊管过细、过短、结石嵌顿及急性胆囊炎 Calot 三角区粘连严重, 解剖不清。

3 讨论

3.1 LC 中 IOC 的价值 (1) IOC 有助于发现和排除胆总管内有无并存的结石, 防止残余结石发生; 避免不必要的胆管探查; 胆囊结石病史超过 5 年者有 10%~15% 合并胆管结石。由于受肠道气体及操作者水平和主观因素影响, 术前常规 B 超对胆总管下段结石检出率并不高^[1], 再者, LC 术中术者不能用手触摸了解胆总管有无结石, 术后可能残留胆管结石, 既影响患者康复, 也给以后处理增加困难。IOC 可发现胆总管内并存的结石, 同时行胆总管切开取石, 由于部分患者临床表现和术中发现有胆总管探查指征, 而胆总管内无结石会导致阴性探查给患者增加不必要的损伤, 通过 IOC 可排除胆总管结石存在的可能。文献报道, 胆囊切除加胆总管探查的病死率为 2.5%, 明显高于单纯 OC 的 0.25%, 特别是老年患者, Sark 指出, 有胆总管探查相对指征者, 通过造影至少有 88.7% 的患者可避免胆总管探查^[2]。(2) IOC 可全面了解胆管解剖, 确定有无胆管变异, 预防并及时发现胆管损伤。IOC 能清晰显示“胆

树结构”,及时发现胆管有无副肝管、迷走胆管、胆囊管汇入右肝管等变异^[3],术中避免损伤胆管或变异胆管的可能,若有胆管损伤,通过 IOC 早期发现,可及时中转开腹行胆管修补置 T 管引流或胆肠内引流,避免严重的后果。

3.2 LC 中胆管造影的注意事项 (1)术前做好充分准备,必要时探查胆管;(2)术中排除干扰摄片效果的物品,如巾钳、拉钩等金属器械;(3)胆管造影管插入不要过深,以 2~3 cm 为宜,否则,造影管会进入胆总管远端使造影剂迅速流入肠腔,而肝内胆管显影不良;(4)造影前需排净造影管内气体,防止胆管结石假阳性;(5)造影剂浓度合理,经临床验证,泛葡胺造影剂的浓度为 25%~30%时效果最好,浓度过低不易显示结石,浓度过高影响观察结石;(6)为使术中胆道造影一次成功,需要外科、麻醉科、放射科医生的密切配合。

3.3 LC 中胆管造影的指征 IOC 是否常规使用一直有争议。欧美学者大多主张常规术中胆道造影^[4-5],也有部分学者主张选择性胆道造影。总结本组的经验,作者认为 LC 中胆道造影的指征为:(1)急性胆囊炎、胆囊颈结石嵌顿、胆囊三角区水肿、粘连严重、局部解剖困难、三管关系模糊不清;(2)慢性萎缩性胆囊炎、胆囊颈结石嵌顿、胆囊三角区呈“冰冻样”粘连,胆囊嵌入肝实质内;(3)反复发作的慢性胆囊炎、胆结石,既往有黄疸病史或有胆源性胰腺炎病史;(4)术前 B 超或 X 线片检查显示胆总管结石;(5)术前 B 超显示胆囊内有多发小结石(直径小于或等于 0.3 cm)或泥沙样结石,胆总管壁增厚,术前发生过典型的胆绞痛,疑有结石排至胆总管或术中胆囊内结石被挤入胆总管;(6)术前血总胆红素、直接胆红素、AKP、GGT、转氨酶及淀粉酶升高;(7)疑有胆管结石或其他胆管病变;(8)术前或术中发现胆总管扩张。

总之,LC 术中胆管造影可防止术后胆管残余结石的发生,

避免不必要的胆管探查,明确胆管解剖及变异,预防并及时发现胆管损伤,降低并发症,提高质量,操作方便、安全,有较高的临床应用价值^[6-8]。

参考文献

[1] 高彦,高鹏.腹腔镜胆囊管胆道造影 100 例分析[J].肝胆胰外科杂志,2009,21(6):491.
[2] 贺更生,丁成明,戴小明,等.腹腔镜胆囊切除术中经胆囊管胆道造影的临床应用[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(3):221-223.
[3] 蔡小燕,牛一平.腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的预防[J].肝胆胰外科杂志,2011,19(2):83.
[4] 石景森,王作.努力提高胆道残余结石的处理水平[J].肝胆外科杂志,1997,5(3):129-131.
[5] 黄志强.黄志强胆道外科手术学[M].北京:人民军医出版社,1994:198-202.
[6] Sark ME, Louqhry CW. Routine operative cholangiography with cholecystectomy [J]. Surg Gynecol Obstet, 1980,151(5):657-658.
[7] Traverso LW, Hauptmann EM, Lyng DC. Routine intraoperative cholangiography and its contribution to the selective chdanographer[J]. Am J Surg,1994,167(8):464-466.
[8] 胡明彦,陈斌,田爱林,等.腹腔镜胆管探查术中的问题及对策(附 71 例报告)[J].中国内镜杂志,2002,8(12):4445-4446.

(收稿日期:2011-06-26)

(上接第 2593 页)

护自身,该菌细胞壁上甘露多糖及代谢产物可抑制细胞免疫功能^[3]。

有调查显示,能继发真菌感染的抗菌药物集中在第 3 代头孢和亚胺培南/西司他丁上^[4]。经验性使用广谱抗生素或超广谱抗生素 4~7 d,有可能破坏微生态,导致体内菌群失衡,增加了真菌增殖的机会^[5]。

由表 1 可以看出,大多数的假丝酵母菌对 5-氟胞嘧啶、氟康唑、两性霉素 B 较敏感,敏感率都在 80%以上。

5-氟胞嘧啶通过干扰嘧啶代谢阻断核酸的合成。单用易产生耐药性,故常与两性霉素 B 或氟康唑联合使用。

唑类药物之间存在着交叉耐药现象,这与它们相同的作用机制有关^[6]。

光滑假丝酵母菌对氟康唑的耐药率为 5%,由于该菌对吡咯类抗真菌药物表现为剂量依赖性敏感低水平天然耐药,对氟康唑应解释为中介。克柔假丝酵母菌对氟康唑天然耐药,对其他抗真菌药物也存在较高的耐药性。有资料报道,2001~2005 年念珠菌对氟康唑耐药率已上升至 13.6%,与国外念珠菌对氟康唑耐药变迁一致。这与氟康唑对人体不良反应小,口服吸收好因而广泛应用于临床有关^[7]。真菌感染常同时发生二重感染,大多为革兰阴性杆菌^[8]。在增强患者抵抗力积极治疗基础疾病的同时,临床应降低抗生素使用比例,合理有效地使用药物,避免两种菌引起的感染此消彼长或者加重。

参考文献

[1] 邹正平,俞剑.老年病区 489 株念珠菌分离及耐药性分析[J].临床检验杂志,2003,21(2):111-112.
[2] Bechsague C. Trends in epidemiology of nosocomial fungal infection in the United States section in acute leukemia [J]. Inform Infect Microbiol Chin,1994,8(6):363-366.
[3] 贾育红.医院深部真菌感染患者 108 例分析[J].医药论坛杂志,2008,29(10):107-108.
[4] 黄丽芬,张顺玲.146 例医院真菌感染的特点及耐药分析[J].热带医学杂志,2007,7(5):463-465.
[5] 黄秀玲.重症监护室患者真菌感染及危险因素[J].中华医学感染学杂志,2006,16(6):633.
[6] 王文莉.采用 NCCLS M27A 方案微量法检测念珠菌对抗真菌药物的敏感性[J].中华检验医学杂志,2001,3(24):107-108.
[7] 高东田,董海新,孙卓祥,等.360 例深部真菌感染患者医院感染的调查[J].中华医院感染学杂志,2006,16(2):146-148.
[8] 叶茂林,李玉.老年下呼吸道医院感染白色假丝酵母菌的临床干预[J].中华医院感染学杂志,2010,20(12):1801-1802.

(收稿日期:2011-06-18)