

腹腔镜联合胆道镜和 ERCP 在肝外胆管结石诊断和 治疗中的价值研究

谢 刚

(安顺市人民医院 贵州安顺 561000)

摘要:目的:研究腹腔镜联合胆道镜对肝外胆管结石患者的诊断与治疗价值。方法:选取我院2014年1月至2017年12月收治的164例肝外胆管结石患者,根据患者的治疗方法分为联合组与对比组,联合组采取腹腔镜胆道镜联合诊断和治疗肝外胆管结石,对比组采用ERCP+EST治疗肝外胆管结石,对比两组手术情况、预后效果以及诊断差异。结果:联合组治疗有效率97.56%,诊断准确率100%,并发症发生率3.65%,对比组治疗有效率85.36%,诊断准确率87.80%,并发症发生率41.46%,具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:肝外胆管结石通过如超声、MRI、MRCP、CT、PTC等现代影像学检查手段能够得到确诊,但具有一定的差异,通过胆道镜对胆管结石进行诊疗,患者的结石位置、结石数量能够得到更加准确的诊断和治疗,取净结石率高,残余结石率低,临床使用性强,可行性安全性高,值得临床应用推广。

关键词:肝外胆管结石;腹腔镜胆道镜;ERCP;诊断价值;治疗效果

胆结石是肝胆外科的常见病和高发疾病,发病原因主要与胆汁淤积、胆汁排出不畅有关,一些患者由于长时间高脂肪、高蛋白饮食,也会造成胆囊疾病^[1-2]。胆管结石、胆囊结石在胆囊疾病患者中占15%左右,随着症状加重,患者出现胆囊萎缩、胆管狭窄、肝硬化等严重并发症。手术治疗是目前临床广泛应用的胆结石治疗手段,且随着手术技术的不断提升,已经成熟发展出微创手术疗法,通过内镜、腹腔镜联合微创手术操作技术,提高了手术的安全性,改善预后效果。利用纤维胆道镜能够深入胆管内部,对胆管内的结石大小、位置进行观察,对手术的指导意义十分重大^[3-4]。ERCP即经内镜逆行性胰胆管造影术,利用十二指肠镜检查胆管健康程度的技术,其优势在于不需要对患者进行手术切开,即可直观观察到胰胆管内部情况,住院时间也明显缩短^[5-6]。胆道镜联合腹腔镜与ERCP技术都属于微创内镜诊断和治疗技术,两种技术经常用来治疗胆管结石,但临床并未对两种技术的应用价值进行分析,本文对所选164例肝外胆管结石患者的诊断与治疗资料进行对比,总结腹腔镜联合胆道镜与ERCP两种内镜治疗胆管结石的优势,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2014年1月至2017年12月所收治的164例胆管结石患者,根据治疗手段差异分为联合组和对比组,每组82例患者。联合组:男39例,女43例,年龄28~85岁,平均年龄(69.48±15.36)岁,病程4~25年,平均病程(16.83±7.45)年,结石直径8~23mm,平均(15.76±5.31)mm,胆总管直径8~23mm,平均(16.73±6.45)mm,合并胆囊结石42例,合并肝内胆管结石10例。对比组男41例,女41例,年龄27~86岁,平均年龄(69.73±15.83)岁,病程3~27年,平均病程(16.94±8.39)年,结石直径5~24mm,平均(16.38±7.53)mm,胆总管直径10~24mm,平均(17.55±7.35)mm,合并胆囊结石37例,合并肝内胆管结石15例。患者入院后检查均具有胆囊炎症状,其中93例出现梗阻性黄疸,35例合并胆源性胰腺炎。患者均通过CT或MRI+MRCP检查初步判断为胆管结石,术中利用ERCP确诊胆管结石并确认结石位置。纳入标准:患者主诉据有右上腹疼痛,并存在黄疸,血检转氨酶、胆红素均明显升高。排除标准:排除妊娠期女性患者,排除患有精神疾病患者,排除胆管结石直径超

过25mm患者,排除复发患者,排除腹腔镜手术史、腹膜炎史患者,排除消化系统肿瘤患者,排除心脏、肾脏等重大器官功能障碍,无法手术患者,排除具有其他手术禁忌症。两组患者的年龄、性别、病情、结石直径、胆总管直径等一般资料均无明显差异,不具有统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 诊断方法 对联合组采取腹腔镜胆总管切开胆道镜置入胆管直视下检查,诊断记录患者胆管内结石的位置、数量及胆管腔有无狭窄,黏膜有无病变。并用取石网篮套取出结石,结石过大者予钬激光碎石。结石取净后予T管引流或胆管I期缝合,Winslow孔处放置腹腔引流管。对照组:ERCP诊断,选择35%对比剂泛影葡胺注射液,常规对患者进行准备工作,待患者检查完成适宜进行ERCP诊断后。叮嘱患者左侧卧位躺在手术台上,对患者经十二指肠进行插镜直至两指肠降段,找到十二指肠乳头后辅助患者改变卧位,待患者呈俯卧位后拉直纤维肠镜,使肠镜正对乳头位置,在肠镜辅助下插入造影导管,并缓慢注射对比剂,直至患者胆管得到充分显影,记录患者胆管中结石位置、数量,并对患者胆囊其他位置进行观察,记录其他位置结石数量。然后切开十二指肠乳头,球囊扩张后用取石网篮套出结石。

1.2.2 手术方法 联合组:在胆道镜发现结石后,利用取石网篮套取出胆管结石,利用胆道镜成像技术直视下观察胆管结石取净情况,胆管腔有无狭窄,胆管内黏膜有无病变。对于结石过大,网篮套取困难者联合钬激光碎石。取石结束后胆总管内放置T管或直接I期胆总管缝合,Winslow孔常规放置一根腹腔引流管观察。对照组:患者先行ERCP发现胆管结石后,即对患者进行十二指肠乳头切开术,利用网套取石术取出患者胆管中的结石,对伴有胆囊结石的患者,ERCP胆管取石术后3天内常规行腹腔镜胆囊切除。术后进行常规引流、抗生素补液维持水电解质酸碱平衡、对症支持等治疗,如患者出现术后胆漏,利用T管和(或)Winslow孔引流管引流。术后利用MRCP、彩超或CT对结石取出效果进行复查。在术后4小时、术后第1日清晨进行血检。对比组ERCP进行胆管结石治疗,手术方法与联合组不相同,术后常规引流、抗感染。

1.2.3 研究方法 对比两组手术情况、治疗效果以及预后效果,分析胆道镜腹腔镜联合与ERCP治疗胆管结石优势。

1.3 疗效判定

1.3.1 诊断标准：包括痊愈、有效和无效^[7]。痊愈：患者结石彻底清除，黄疸、腹痛等症状消失；有效：患者见少量结石残留，症状明显好转；无效：患者结石残留 30%以上，症状未见好转，或转开腹手术治疗；有效率=痊愈+有效/总数*100%。并发症包括术后出血、胆漏、感染等，并发症发病率=发病例数/总数*100%。对比两组诊断准确率，诊断结果与手术情况进行对比。准确率=确诊例数/总数*100%。

1.3.2 观察指标：观察两组手术出血量、手术时间、住院时间等指标差异。

1.4 统计学分析

采用 SPSS19.0 的统计学软件对数据进行分析处理，计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验，计数资料以率 (%) 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组诊断、治疗情况 联合组治疗有效率 97.56%，诊断准确率 100%，并发症发生率 3.65%，对比组治疗有效率 85.36%，诊断准确率 87.80%，并发症发生率 4.14%，差异明显见表 1 ($P < 0.05$)。

表 1 两组并发症比较 ($\bar{x} \pm s$) [n (例)]

组别	例数	十二指肠穿孔	急性胰腺炎	胆漏	胆管残余结石	发病率 (%)
联合组	82	0	0	3	0	3.65
对比组	82	2	23	2	7	41.46
χ^2	-					4.82
P	-					$P < 0.05$

2.2 对比两组手术情况 联合组手术费用、手术时间、术中出血量均明显少于对比组，有统计学意义见表 2 ($P < 0.05$)。

表 2 两组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血 (ml)	住院时间 (d)	手术时间 (min)
联合组	82	356.45 ± 125.86	3.65 ± 1.24	245.48 ± 15.39
对比组	82	587.68 ± 130.55	7.31 ± 2.28	281.28 ± 20.71
t	-	9.0164	9.9716	9.8109
P	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

3 讨论

胆囊炎、胆囊结石、胆管结石均为临床高发胆道疾病，患者发病后出现上腹或右上腹部疼痛，严重时疼痛剧烈，患者恶心、头晕、乏力等症状明显。临床主要采取手术取石、胆囊切除方式治疗^[8]。手术切除胆囊过程中结扎患者的胆囊管，切割时分离胆囊与腹腔部分，尤其患者出现腹腔粘连后，需要长时间分离操作才能完整切割胆囊，因此手术过程中患者脏器暴露时间长、手术时间长，出血量大。常规开腹手术在临床上应用逐步减少，为避免患者手术对身体影响过大，临床研究微创手术进行治疗，微创手术的原理，是利用腹腔镜、内镜等影像手段，对患者的腹腔内部进行观察，并结合微创手术技术实施手术。胆道镜与十二指肠镜均为腔镜，十二指肠镜主要应用经内镜逆行性胰胆管造影 (ERCP) 中，其原理是经由十二指肠镜将内镜置入胆管中，利用十二指肠镜和造影剂对患者的胆管进行造影，造影后胆管呈树状显示在计算机屏幕上，医生通过对造影清晰程度的不同判断患者是否存在结石、或出现胆管狭窄、增厚症状^[9]。由于 ERCP 能够

在不对患者产生创口的情况下观察患者胆道内部结构，且患者在接受造影时无需通过麻醉手段，能够适用于更多麻醉药物过敏、不耐受的患者，减少手术中对患者胆管探查的时间，减少探查过程中手术操作对患者脏器的碰触和影响，具有较高的安全性，因此在临床上对影像学检查未发现胆结石，或结石位置不清楚的患者，能够提高诊断准确率，能够明确指导手术过程中的排石操作。但因十二指肠镜只能直视到十二指肠乳头，胆道内无法直视观察，其情况只能通过造影和 CR 成像技术来间接判断胆管内病变情况，存在漏诊误诊的可能。十二指肠乳头开口小，对于胆管结石直径在 10mm 以上的质地坚硬的胆管结石，或者多发的胆管结石，在取石过程中容易导致取石网篮卡顿、十二指肠损伤、胆管结石残留、急性胰腺炎。胆道镜是内镜的一种，与腹腔镜联合治疗肝外胆管结石，疗效肯定，通过腹腔镜直视下切开胆总管，将胆道镜通过切口对胆管内部放置胆道镜，对胆管内部的结构、结石位置进行观察，是一种直观的手段^[10]可了解胆管结石的大小、多少、位置及胆管有无病变。并通过取石网篮直视下取石，结石残留几率极低，十二指肠损伤和胰腺炎并发症发生率极低。

本文对胆道镜联合腹腔镜与 ERCP 在胆管结石患者的手术和治疗中的临床效果进行对比后发现，腹腔镜联合胆道镜的治疗效果更高，腹腔镜联合胆道镜治疗胆管结石，手术后结石残留低，不良反应少。尤其是十二指肠损伤、急性胰腺炎等术后并发症得到明显的控制。此外，加用腹腔镜联合胆道镜，术中放置 T 管，术后若残余结石，可通过胆道镜取石，效果肯定，安全性可行性高。尤其对 10mm 以上质地坚韧的结石和多发性胆管结石，疗效肯定。

综上所述，利用腹腔镜联合胆道镜诊断和治疗胆管结石效果更好，诊断准确率更高，并发症发生率低，治疗效果更加明显，值得临床推广。

参考文献：

- [1]郭忠涛,高德山,王仁启,李永,晁宏伟. 腹腔镜联合胆道镜同期治疗胆囊结石合并肝外胆管结石疗效探讨[J]. 现代医药卫生,2017,33(12):1839-1841.
- [2]于卓杰,吴瑶,万雅丽. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石患者的临床效果和安全性[J]. 医疗装备,2017,30(16):117-118.
- [3]陈志永,孙海慧. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石的临床效果分析[J]. 临床检验杂志(电子版),2017,6(02):357-358.
- [4]陈珂珈,陈露. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石的疗效及不良反应分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2017,4(35):6746-6747.
- [5]金日. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石临床分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2017,4(22):4222-4223.
- [6]潘世伟. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石的疗效及不良反应分析[J]. 中国医药指南,2017,15(05):118.
- [7]李松. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石的疗效及安全性评价[J]. 中国医药指南,2017,15(04):142.
- [8]刘四新. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆结石临床观察[J/OL]. 当代医学,2017,23(03):68-69.
- [9]李湖南. 胆结石应用腹腔镜下经胆道镜保胆取石手术治疗的临床疗效探析[J]. 现代诊断与治疗,2017,28(01):182-177.
- [10]王翻身. 比较腹腔镜胆道镜双镜联合治疗胆结石与开腹治疗胆总管结石的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(01):40+48.