

腹腔镜纤维胆道镜联合治疗胆总管结石(附 52 例报告)

王树立¹ 王旗² 杨兴武² 张家墉²

(1 陕西省天王集团职工医院 咸阳 712000; 2 陕西中医学院附属医院 咸阳 712000)

摘要:目的:通过腹腔镜联合纤维胆道镜治疗胆总管结石,为治疗胆总管结石寻找更为有效和微创的方法。方法:回顾分析 52 例胆总管结石患者实施腹腔镜下胆总管切开探查(LCDE)、纤维胆道镜取石、T 管引流术。结果:52 例腹腔镜手术 50 例获成功,2 例中转开腹。手术时间 85~190 min,术中出血量 50~200 mL,术后住院时间 5~7 d。术后未发生胆汁漏、出血等并发症。结论:腹腔镜纤维胆道镜联合治疗胆总管结石是一种安全、可靠的治疗方法。

关键词:胆管结石;腹腔镜;纤维胆道镜

中图分类号:R 657.42 **文献标识码:**B **doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.018

胆总管结石是常见的良性胆道疾病,分原发性和继发性两种,手术治疗是其首选方法。我们回顾了 2000 年 1 月~2010 年 2 月陕西天王集团职工医院及陕西中医学院附属医院 52 例胆总管结石患者实施腹腔镜下胆总管切开探查(LCDE)、纤维胆道镜取石、T 管引流术,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 全组 52 例,男 17 例,女 35 例,年龄 21~68 岁,平均 45 岁。所有病例术前均经 B 超、CT、ERCP、MRCP 等检查确诊,其中胆囊结石并胆总管结石 40 例,合并胰腺炎 5 例,原发性胆总管结石 5 例。有上腹部手术史者 3 例(胃大部切除术 2 例,脾切除术 1 例)。

1.2 器械设备 全套腹腔镜及纤维胆道镜(日本 olympus)设备,配套取石网篮、胆总管穿刺针与切开

刀、腹腔镜用持针器、可吸收带针缝线等。

1.3 手术方法 全部采用气管内插管全身麻醉,患者平卧,头高足低 15~30°,左倾 20~30°。穿刺点与腹腔镜胆囊切除术(LC)相同,即常规“四孔法”:脐下 1 cm 穿刺点为观察孔,剑突下 1 cm 穿刺点为主操作孔,肋缘下右锁骨中线及右腋前线各 0.5 cm 穿刺点为辅助操作孔。建立气腹后顺序穿刺 Trocar,置入腹腔镜及操作器械,探查腹腔,解剖 Calot's 三角,分离出胆囊动脉并剪断,胆囊管暂不离断。逆行剥离胆囊,电凝止血胆囊床,切开十二指肠韧带浆膜,显露胆总管,穿刺证实后,用切开刀纵行切开 1.0~1.5 cm,经剑突下戳孔置入导尿管至胆总管内,注生理盐水冲洗胆总管。然后以纤维胆道镜经右锁骨中线或剑突下戳孔置入胆总管内,自上而下探查全程,发现结石即以取石篮逐一取出,检查结石已无作用。现代药理研究表明:活血化瘀类中药具有抑制血小板聚集及抗血栓形成、改善微循环、抗炎镇痛、增强机体免疫功能等作用。因此能促进局部血液循环,促进神经根及其周围水肿吸收消散,从而改善神经根的缺血缺氧状态,防止神经根粘连,促进神经功能的恢复^[4]。术后先用脱水剂、血管扩张剂和糖皮质激素减轻手术后的反应性水肿,再口服补肾强骨舒筋活血药治疗,能缩短疗程,提高疗效,较快地缓解疼痛症状。我们认为以射频靶点热凝消融术为主加补肾强筋舒筋活血药内服和腰背肌肉锻炼治疗腰椎间盘突出症,能起到疗效相加、缩短治疗周期、巩固效果的作用,本热凝器体积小,便于携带,配合 X 线 C 型臂机使用,操作简便安全,适合于基层医疗单位推广使用。

所以,治疗椎间盘突出症时以解除神经根的压迫、消除神经根的炎症为主要目的。射频靶点热凝消融治疗腰椎间盘突出症,运用射频热凝使突出的髓核和破裂的纤维环组织变性、收缩和固化,产生椎间盘回缩效应,从而减轻椎间盘组织对神经根的刺激,92.5℃以下的温度对神经根的血管起到扩张效应,可以加速水肿的消退,以缓解症状,达到治疗目的。此法治疗过程安全,使用 C 臂机引导穿刺定位不会误穿正常间隙。造影剂能显示破裂口部位和突出类型,专用射频仪所独具的神经系统的精确鉴别和刺激功能,能测量出治疗范围 1 cm 内的神经,可分辨出是运动神经还是感觉神经。根据阻抗的测试可分辨出治疗部位是什么组织,容易定位。本热凝法不产生蒸气,对神经根的热损伤小。另外对脊柱的稳定结构没有影响也是本方法的优点之一。

补肾强骨舒筋活络组方是我们治疗腰腿痛多年临床经验得出的系列方之一,主要药物为鸡血藤、寻骨风、伸筋草、川断、党参、黄芪、川芎、丹参、杜仲、牛膝、威灵仙、淫羊藿、狗脊、菟丝子、防风、羌活、独活等,具有补肾强骨、疏通筋脉、活血化瘀的

参考文献

[1]姚秀高,陈建龙,周永高.射频热凝靶点消融术治疗颈椎间盘突出症的探讨[J].中国疼痛医学杂志,2006,12(4):206-209
[2]关家文,孙海涛,辛健.CT 引导下脊柱后路穿刺导航仪的研制及应用[J].中国矫形外科杂志,2007,15(13):1 038-1 039
[3]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].北京:人民卫生出版社,1995.131-132
[4]沈晓君.中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,2000.407

(收稿日期:2011-03-22)

取净后,再次冲洗胆道,置入相应型号的 T 管,以 4-0 可吸收线间断缝合胆总管切口,向 T 管注入水观察胆总管缝合处周围有无渗漏。离断胆囊管,取出标本。仔细清理腹腔,于温氏孔置多孔引流管 1 根,自右腋前线戳孔引出,T 管自右锁骨中线肋缘下戳孔引出。术后 2~5 d 拔除腹腔引流管,2 周后做 T 管造影,2 个月后经胆道镜检查或胆道造影确诊无结石后拔除 T 管。

2 结果

52 例腹腔镜手术 50 例获成功,2 例中转开腹。1 例系胆囊三角解剖不清,另 1 例因胆管结石下段嵌顿无法取出。手术时间 85~190 min,术中出血量 50~200 mL,术后住院时间 5~7 d。术后未发生胆汁漏、出血等并发症。术后 2 周做 T 管造影发现胆道残余结石 1 例,后经 T 形管窦道胆道镜取石成功。

3 讨论

3.1 不同术式的比较 传统的开腹胆总管切开取石+T 管引流术显露良好,操作方便,但存在创伤大、住院时间长等缺点。LC 术前或术后施行 ERCP 和 EST 取石术是目前国内外采用较多的方法,具有微创特征,但有引起急性胰腺炎、出血、肠穿孔、胆管炎等并发症^[1]的危险,且一旦 EST 取石失败,常需通过开腹或腹腔镜手术取石,EST 破坏了 oddis 括约肌的完整性,增加了逆行感染及胆总管结石复发的机会。腹腔镜下纤维胆道镜经胆囊管取石术^[2]常受胆囊管的解剖状况及结石大小的限制,如胆囊管扭曲、狭窄或阻塞将影响胆道镜的使用,结石大于胆囊管内径,也会导致取石失败,而且并发症发生率较高,如肝外胆管穿孔、胆囊管残端漏、胰腺炎等,因胆总管高压可致胆管炎持续存在。腹腔镜下 T 管引流术(LCHTD)的优势在于创伤小、恢复快、疗效确切,T 管瘻道便于术后胆道镜取石等,优于开腹胆总管切开取石+T 管引流术,弥补了 ERCP、EST 治疗胆总管结石的不足;缺点是需要腹腔镜下安置 T 管,技术不易掌握,术后带管时间长,胆汁外引流还可造成水电解质失衡、生理功能紊乱等。

3.2 技术要点

3.2.1 手术入路问题 腹腔镜胆道探查术的入路有两种:经胆囊管插入探查、直接切开胆总管探查。通常先行 LC 手术,解剖 calot 三角时如发现胆囊管直径 >0.5 cm,而结石位于胆囊管与胆总管汇合以下,可以考虑胆囊管入路^[3],这是因为多数胆囊管呈锐角汇入胆总管,胆道镜进入胆囊管与胆总管汇合部以上较为困难,故胆总管上段结石一般不采用经胆囊管探查入路。本组胆道探查入路均选择在胆总

管上直接切开,其部位在胆总管和肝总管交界处,因该处血管较少,腹腔镜下视野最好。切口不宜紧靠十二指肠,因此处切开易致出血,且止血不易。一般在胆总管第一段做 1 cm 左右纵向切开,切开胆总管前应常规穿刺,胆总管前壁浆膜可用电刀切开,注意切开时将胆囊管上提,助手向下牵压十二指肠球部,以保持适当张力,便于切开,然后插入胆道镜即可行胆总管探查取石。

3.2.2 术中胆道镜的应用 纤维胆道镜经剑突下套管插入腹腔再进胆总管,即可探查胆总管全程。先探查胆总管下端,再探查肝总管及肝内胆管,如有结石可用取石网篮套出;若胆总管切开处有结石可用直角钳直接取出。继发性胆总管结石为胆固醇性,与胆囊内结石在外观及形状上是一致的,结石常较小(0.3~0.5 cm),一般直径不会超过胆囊管直径,胆囊管常扩张(>0.5 cm),胆囊管、胆总管壁及其周围组织均有不同程度的炎症表现;小结石可经十二指肠乳头排入肠道,以致术中找不到结石,可见下段胆总管壁黏膜明显充血水肿,偶可见结石残尘附于胆总管壁上,可能系全麻后 oddis 括约肌松弛,结石排入十二指肠所致。故术前 1 d 应复查 B 超以证实胆总管结石是否存在。原发性胆总管结石多为胆色素性,结石常较多较大,且胆总管扩张明显,只要胆总管切口适当,结石也较易取净。

3.2.3 引流管放置 经腹腔镜胆总管切开探查取石后,为预防胆漏和为残余结石预留术后取石通道^[4],需放置 T 管引流。对于严重胆管炎、结石嵌顿于壶腹部或肝内胆管多发结石术中难以取尽者,需置 T 管引流,以便 6~8 周后再经 T 管窦道行胆道镜反复取石。应根据胆总管的粗细选用适当型号的 T 管,短臂修剪成沟槽式,两端为斜面,弯钳夹持 T 管长、短臂结合部,先将 T 管短臂上或下端置入胆管内,然后同法将另一端置入胆管,T 管长臂从锁骨中线肋缘下戳孔引出并固定于腹壁。可通过 T 管注水,观察胆总管缝合处有无渗漏。持久 T 管放置可带来 T 管脱落、胆道出血、拔除困难及胆管壁增生狭窄等并发症,另外,尚有水电解质的额外丢失、消化不良、增加病人痛苦和经济负担等缺点。

3.3 并发症及其防治 LCHTD 的并发症^[5]主要有出血、胆漏、胆管狭窄、胆道残石、腹腔残留结石致腹腔或腹壁感染、切口感染、皮下气肿、内脏损伤等。本组未发生严重并发症。熟练掌握腹腔镜和胆道镜的操作技术是手术成功的关键,了解腹腔镜的常见并发症并针对性地加以预防是行之有效的方法。

椎弓根螺钉结合髂骨板间螺钉治疗旋转垂直不稳定型骨盆骨折

王金华 余智峰

(江西省修水县中医院 修水 332400)

摘要:目的:探讨椎弓根螺钉结合髂骨板间螺钉治疗旋转垂直不稳定型骨盆骨折的临床效果。方法:对 18 例旋转垂直不稳定型的骨盆髌髌关节骨折脱位患者采用后路椎弓根螺钉结合髂骨板间螺钉固定,骨盆前环均行切开复位内固定术。结果:全部患者垂直旋转移位纠正,骨盆外形均恢复,神经功能恢复理想。结论:椎弓根螺钉结合髂骨板间螺钉固定技术对于涉及垂直及旋转损伤的骨盆环损伤有强大的复位稳定作用。

关键词:椎弓根螺钉;髂骨螺钉;骨盆骨折

中图分类号:R 683.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.019

旋转垂直不稳定型骨盆骨折是一种高能量损伤,多有髌髌关节骨折脱位合并耻骨联合分离或耻骨上下支骨折,是极不稳定的骨盆环损伤。我院自 2005 年 3 月~2008 年 11 月对 18 例此类损伤利用脊柱后路固定系统及髂骨板间螺钉对髌髌关节骨折脱位进行复位固定,临床疗效满意。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18 例,年龄 24~52 岁;15 例髌髌关节脱位,3 例髌骨骨折;耻骨联合分离 4 例,耻骨上、下支骨折 4 例(其中 1 例双侧耻骨上支骨折);合并伤:失血性休克 7 例,胫腓骨折 3 例,尿道损伤 2 例,脾破裂 1 例,髌丛损伤 2 例。入院后均行抗休克、扩容、输血及股骨髁上牵引等治疗,2 例给予骨盆外固定架暂时固定,1 例因顽固性休克给予双侧髌内动脉结扎止血,病情稳定后 7~14 d 手术。术前拍骨盆前后位及入口、出口位,并行 CT 扫描及三维重建,术前导尿、清洁灌肠。

1.2 手术方法 患者俯卧于手术台上,予经过 L₅S₁ 之间的横形切口,止于伤侧髌后上棘外侧,骨膜下剥离髌棘肌并用纱布填塞止血,确定 L₅S₁ 椎弓根螺钉植入点以及显露髌骨及髌髌关节后部,将臀大肌的髌嵴附着部剥离分开,显露髌骨翼的后侧部分,利用复位器复位髌髌关节的垂直旋转移位。于髌髌关节骨折脱位的对侧 L₅S₁ 椎体按常规技术置入椎弓根螺钉,髌骨钉向内侧倾斜至髌骨岬并穿出前侧骨皮质。于髌髌关节骨折脱位的同侧置入 L₅ 椎弓根螺钉,于 L₅ 椎弓根螺钉植入点外下方之髌后上棘上方髌嵴部切除一宽深各 1.5 cm 之骨块使之形成一骨槽以使植入髌骨板间螺钉,将棒轻度折弯以适应

髌骨后部的后突形状,安装连接棒及横连杆并锁紧螺帽。如髌骨骨折,可横形安装重建钢板加强固定,合并髌丛损伤者,行髌管切开减压术,常规关闭伤口并放置引流管。所有髌髌关节脱位患者均予切取髌脊块植骨,对于涉及骨盆前环损伤的患者予重建钢板固定耻骨联合分离或耻骨上、下支骨折^[1]。

2 结果

18 例患者均获随访,平均随访时间为 12 个月,患者垂直旋转移位完全复位。1 例患者诉行走过久后感髌髌关节部位酸痛,行走呈轻度跛行。1 例髌丛损伤患者遗留双小腿、双足麻木不适,行走时需手杖支持。

3 讨论

随着社会发展,高速交通工具、高处坠落、塌方等引起的骨盆骨折为高能量损伤,伤情特别严重,以往常用的保守治疗往往复位不满意,后遗症多,近年来骨盆骨折手术治疗效果大大改善^[2]。骨盆环稳定是指骨盆能承受生理负荷而不变形,骨盆环不稳定必须在骨盆环上有 2 点损伤或移位才能发生,常见为前后环损伤,或双侧髌髌关节损伤。骨盆后环稳定主要依赖后方韧带复合体,主要由髌髌关节骨间、后方韧带组成,其余还有髌结节、髌棘、前髌髌韧带。如果单纯髌髌前方韧带、骨间韧带损伤而髌髌后方韧带完整时,X 线表现为髌髌关节前方张开,即存在旋转不稳定但垂直稳定,这种情形往往骨盆前环复位固定后骨盆后环可自动复位。如果髌髌前方韧带、骨间韧带和髌髌后方韧带均损伤时,X 线表现为髌髌关节脱位,如果髌骨后方受直接暴力较大,可能导致髌骨纵形骨折,即同时存在旋转和

参考文献

[1]Rojas OS,Arjzpe BD,Marin LE,et al.Transcystic commonbile duct exploration in the management of patients with choledochdithiasis [J].J Gastrointest Surg,2003,7(4):492-496
[2]Chen AP,Tian G,Song AN,et al.Report of 31 cases with primary hepatolithiasis treated by laparoscope,choledochoscope and duodenoscope[J].China Journal of Endoscopy,2001,7(3):42-43
[3]Hensmanc,Crosthwaite G,Cuschieria.Transcysticbiliary decompre-

ssion after direct laparoscopic esploration of the common bile duct [J].Surg Endosc,1997,11:1 106-1 110
[4]Zhang YF.Application of laparoscope and choledochoscope in common bile duct esploration and removing stones [J].China Journal of Endoscopy,2004,10(7):68-69,71
[5]Tokumura H,Rikiyamat,Haradaxn,et al.Laparoscopic biliary surgery [J].Nippon Geka Gakkai Zasshi,2002,103(10):731-741

(收稿日期: 2011-04-20)