

文章编号:1005-6947(2007)05-0509-02

· 临床报道 ·

胰管结石的诊断与外科治疗:附6例报告

郑本波, 何永林, 刘山

(四川省德阳市人民医院 普外一科, 四川 德阳 618000)

摘要:笔者回顾性分析近5年间外科治疗的6例胰管结石临床资料,并进行术后随访。患者常见的临床症状是上腹痛、黄疸、消瘦及腹部肿块。手术方式包括胰管切开、胰管空肠内引流术4例,胰十二指肠肠切除2例(Child法)。术后疼痛完全缓解5例,部分缓解1例。笔者体会,依据胰腺病变的具体情况选择合理的手术方式,对改善患者的生活质量和控制疾病发展具有重要意义。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):509-510]

关键词:胰管结石/诊断;胰管结石/治疗;胰-肠吻合

中图分类号:R657.5

文献标识码:B

胰管结石在临床上比较少见,近年来,随着慢性胰腺炎发病率的增加及影像诊断技术的提高,本病有较多发现。现回顾性分析我院从2000年—2005年收治的胰管结石6例的临床资料,旨在提高其诊断及治疗水平,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男5例,女1例;年龄39~68(平均44.6岁)。病程在0.5~1年。所有病例均有不同程度的腹痛,其中合并腹泻2例,黄疸2例,继发性糖尿病4例,伴血、尿淀粉酶升高4例。3例男性患者有长期大量饮酒史,饮酒量在150~500mL/d,饮酒年限为10~30年。

1.2 影像学检查

6例患者均经B型超声检查,有4例可见主胰管扩张和胰管结石,另外2例未见明显异常。腹部X线片检查有2例见胰腺区有钙化影;CT检查6例,主要表现为胰腺实质不均匀增大、胰管结石和胰管部分扩张,其中合并有胰头肿块2例。逆行胰胆管造影(ERCP)检查4例,其中有2例可见胰管部分扩张并胰管结石;插管失败1例,胰管未显影1例。

2 治疗及效果

2.1 手术方式及术中所见

6例术前均明确诊断。4例患者行胰管切开取石加胰管空肠 Roux-en-Y 吻合术(Partington手术)。其中1例患者因系结石单发,直径1.0cm,且位于胰头部,先在内镜下行十二指肠乳头括约肌切开取石,2个月后因疼痛无明显改善再次行胰管切开、胰肠侧-侧吻合术。另2例术前发现胰头肿块患者行胰十二指肠切除术。所有患者术中可见整个胰腺组织质地变硬或不均匀增大/萎缩,颜色灰白,胰实

质切开后出血较少;主胰管扩张或部分狭窄,结石嵌顿处管壁增厚,3例可见胰管结石成串珠样改变。结石多为白色、圆形或卵圆形。结果最大1.2cm,最小约0.3cm。

2.2 病理诊断及治疗结果

术中作冷冻切片结果有5例为慢性胰腺炎,另1例胰头肿块患者病理诊断为低分化腺癌。所有患者术后无胰痿、出血等并发症发生。随访1~2年疼痛完全缓解5例,疼痛部分缓解1例。其中1例腺癌患者在1年后因全身转移死亡。

3 讨论

胰管结石不是独立的疾病,它是慢性胰腺炎常见并发症之一^[1]。它的形成及发展与慢性胰腺炎互为因果。慢性胰腺炎以不可逆的胰腺纤维化、腺体萎缩造成胰管梗阻易形成结石,胰管结石又可加重胰管梗阻,长期结石刺激胰管甚至可诱发胰腺癌。胰管结石的诊断主要依据影像学检查。本组病例通过结合B超、腹部X线片、CT及ERCP均能明确诊断。在诊断过程中必须明确:(1)胰管结石的部位、大小、数量;(2)是否合并有主胰管的狭窄或扩张;(3)胰腺内、外分泌功能的损害程度;(4)是否合并有胰腺肿瘤。笔者认为B超检查对胰管结石是首选。但B超有时不能区别是胰头部还是胆总管下端结石;腹部X线片不能区分是胰头钙化还是结石。ERCP检查有助于了解结石的分布及胰管有无扩张或狭窄,但胰管结石患者往往都有不同程度的胰管狭窄,容易造成插管失败或不显影。如果结合ERCP与腹部CT检查可进一步了解主胰管扩张程度以及是否合并有胰腺癌。实验室检查对判断胰腺内、外分泌功能的损害情况及对围手术期处理均有一定的帮助。

外科手术仍是目前大多数胰管结石的主要治疗手段,且应早期手术以挽救胰腺内、外分泌功能。手术治疗的目的在于清除结石和切除病灶,解除胰管狭窄,保持胰液引流通畅,处理胆道并发症^[2]。目前胰管结石的手术方式很多,包括各种引流术和胰腺部分切除术。应根据术前检查及术

收稿日期:2006-06-28; 修订日期:2006-11-07。

作者简介:郑本波,男,四川德阳人,四川省德阳市人民医院主治医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:郑本波 E-mail:wsbb32@sohu.com

文章编号:1005-6947(2007)05-0510-02

· 临床报道 ·

急性非结石性胆囊炎:附36例报告

孙禹

(湖南省长沙县第二医院 外科, 湖南 长沙 410129)

摘要: 对近23年来收治的急性非结石性胆囊炎(AAC)36例患者的临床资料进行回顾性分析。36例中有明显诱因的33例,原因不明的3例。86.1%的患者病程 ≤ 72 h。术前均经B超及CT诊断为AAC。26例急诊手术治疗,术中发现坏疽性胆囊炎13例,化脓性胆囊炎13例;7例择期手术。33例均行胆囊切除术,4例同时行胆总管探查T管引流术。3例内科保守治疗。34例治愈,2例(5.6%)死亡。提示:AAC多为暴发性急腹症,需急行胆囊切除,部分症状较轻患者,可先经内科保守治疗,症状控制后再行择期性手术。

[中国普通外科杂志,2007,16(5):510-511]

关键词: 无结石性胆囊炎/外科学; 急性病; 胆囊切除术

中图分类号: R657.4

文献标识码: B

急性非结石性胆囊炎(aacute calculous cholecystitis, AAC)是指胆囊有明显急性炎症,但胆囊内无结石存在。发病率约占急性胆囊炎的4%~8%,有报告高达20%者。本病因尚不清楚,可为多种原因引起。本病临床诊断较困难,并发症及病死率较高^[1-2]。我院1983年3月—2006年

3月共收治急性非结石性胆囊炎36例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男16例,女20例;年龄26~85岁(平均51.9岁),其中60岁以上者12例,占33.3%。全组均有腹痛或者腹胀,以右上腹为多见,80.5%呈持续绞痛,且局限在剑突下和右上腹。体查:15例伴发热,体温38.1~40.3℃,16例伴有恶心、呕吐,2例伴有皮肤巩膜黄染,27例压痛、反跳痛及肌紧张局限在右上腹及剑突下,可扪及肿大胆囊14例,

收稿日期:2007-01-25; **修订日期:**2007-05-09。

作者简介: 孙禹,男,湖南长沙人,湖南省长沙县第二医院主治医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者: 孙禹 E-mail: zhyanlingcn@yahoo.com.cn

中探查的情况决定手术方式,结石的部位、分布、主胰管有无狭窄、是否并发胰腺癌等是决定手术方式的重要因素,具体选择哪种手术方式还要取决于手术医生的经验等。各种引流术适用于有胰管扩张而没有周围器官并发症的患者。主要包括Partington或Puestow手术:前者直接全程切开扩张的胰管(至少8cm以上),将开放的胰管与顺蠕动的空肠袢侧-侧大口径吻合;后者须切除胰尾和脾脏,将空肠袢套入胰腺断端吻合。前者不切除胰腺组织,创伤小,缓解疼痛效果好,本组4例手术中无1例出现并发症。对于胰头部/钩突部结石较多较大,局部组织病变较重已引起周围器官(胆道或十二指肠)梗阻,怀疑有癌变者或已行胰-肠吻合术后效果不佳的患者,目前最常用的是胰十二指肠切除术,保留幽门的胰头十二指肠切除术(pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy, PPPD)或保留十二指肠的胰头切除术(duodenum preserving resection of the head of the pancreas, DPRHP)^[3]。内镜下乳头切开(EST)取石或体外震波碎石(ESWL)是近几年新开展的微创治疗措施^[4-5]。内镜治疗要求胰管结石局限于胰头部;数目在3枚或3枚以下;直径 ≤ 10 mm。该方法创伤小,但技术要求高,难度大且效果不肯定。本组1例患者先在内镜下行十二指肠乳头括约肌切开取石,2个月后因疼痛无明显改善而再次行内引流术。无论是哪种手术术中均应注意:(1)如合并胆

管狭窄宜同时加行Oddis括约肌切开术或胆肠吻合术。(2)因慢性胰腺炎或胰管结石有较高的癌变率^[6],术中应常规取活检作快速冷冻切片检查以明确是否合并有胰腺癌。

参考文献:

- [1] 沈魁,钟守先,张圣道. 胰腺外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2000. 292-293.
- [2] 陈炯,李乃刚,胡晔. 胰管结石的诊断与治疗[J]. 中华肝胆外科杂志,2001. 7(2): 564-565.
- [3] Lucas CE, McIntosh B, Paley D, et al. Surgical decompression of ductal obstruction in patients with chronic pancreatitis[J]. Surgery, 1999, 26(4): 790-795.
- [4] Adamek HE, Jakobs R, Buttman A, et al. Long-term follow up of patients with chronic pancreatitis and pancreatic stones treated with extracorporeal shock wave lithotripsy[J]. Gut, 1999, 45(2): 402-405.
- [5] Marianne E, Smits Erika, J Rauws, et al. Endoscopic treatment of pancreatic stones in patients with chronic pancreatitis[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 1996, 43(7): 556-558.
- [6] Mariani A, Bernard JP, Provansal-Cheyay M, et al. Differences of pancreatic stone morphology and content in patients with pancreatolithiasis[J]. Dig Dis Sci, 1991, 36(5): 1509-1516.