

操作不慎容易导致穿孔和出血。本组 ERCP 治疗成功率为 100%, 无穿孔和出血。我们的体会如下: (1) 保留导丝位于胆总管内, 通过导丝的力量, 达到弓形刀与胆总管的轴向定位。(2) 控制乳头括约肌切开范围的大小, 一般以小切口为主, 切口上缘不超过憩室内胆管壁 3 mm。(3) 控制切口位于胆总管横截面的最高点。(4) 切开速度要慢, 分多次进行切开, 及时电凝血。(5) 严格选择适应证, 我们将结石直径 ≤ 1.2 cm、数量 ≤ 5 枚作为适应证。对于结石直径过大 (> 1.2 cm)、数量过多 (> 5 枚), 估计小切口取出有困难, 或取石费时较长, 不宜采用治疗性 ERCP。(6) 所有治疗性 ERCP 术后, 均行 ENBD, 以降低术后胆管炎和胰腺炎的发生率和减轻炎症程度。

对乳头开口于憩室口下缘的 JPD 合并胆总管结石患者, 行治疗性 ERCP 存在较大风险时, 可考虑以十二指肠乳头球囊扩张术代替 EST, 再通过网篮和(或)球囊取石, 最后仍需进行 ENBD。或者改行传统开腹胆总管切开取石 + T 管引流术。

综上所述, 对乳头开口于憩室口下缘的 JPD 合并胆总管

结石患者, 采用导丝试插定位法 ERCP, 严格控制切口范围, 术后行 ENBD, 是一种安全有效的治疗方法。

参考文献

- [1] 王连源, 张世能, 陈其奎, 等. 十二指肠乳头旁憩室与胰胆疾病的关系. 广东医学, 1999, 20(11): 866-867.
- [2] 庄建波, 张锦华, 缪连生, 等. 十二指肠乳头旁憩室对治疗性内镜逆行胰胆管造影术的影响. 胃肠病学, 2008, 13(3): 179-180.
- [3] 陈敏, 李智华, 周永碧, 等. ERCP 对十二指肠乳头旁憩室的诊断. 肝胆外科杂志, 2001, 9(1): 39-40.
- [4] Christoforidis E, Goulmaris I, Kanellos I, et al. The role of juxta-papillary duodenal diverticula in biliary stone disease. Gastrointest Endosc, 2002, 55(4): 543-547.
- [5] Rajnakova A, Goh PM, Ngoi SS, et al. ERCP in patients with peripapillary diverticulum. Hepatogastroenterology, 2003, 50(51): 625-628.
- [6] 刘卫, 何小东, 蔡磊, 等. 逆行胰胆管造影并发胰腺炎危险因素的分析. 中华消化外科杂志, 2009, 8(4): 298-299.

(收稿日期: 2009-08-22)

(本文编辑: 张玉琳)

胰管结石的诊断和外科治疗

管志远 曾少波 张敏 李恒 江斌 兰明银

【摘要】 目的 探讨胰管结石的诊断和外科治疗措施。

方法 回顾性分析 2004 年至 2008 年湖北省十堰市郧阳医学院太和医院手术治疗的 22 例胰管结石患者的临床资料, 探讨该病的诊断和治疗方法。结果 B 超检查的阳性率为 77% (17/22), CT 检查为 89% (17/19), MRCP 检查 (3/3) 和 ERCP 检查 (5/5) 均为 100%。6 例采用胰十二指肠切除术, 14 例采用胰管切开取石 + 胰管空肠吻合术, 2 例采用胰尾切除术。全组 2 例确诊胰腺癌, 无手术死亡, 3 例出现手术并发症。21 例患者术后腹痛症状有不同程度缓解, 1 例腹泻加重, 血糖增高; 3 例患者结石复发。结论 联合影像学检查对胰管结石的诊断和指导治疗具有重要作用; 本病仍以手术治疗为主, 手术方式根据结石位置 and 是否合并胰腺肿瘤决定。

【关键词】 胰管结石; 诊断; 治疗

胰管结石是一种少见的胰腺疾病, 多数是继发于慢性胰腺炎。近年来, 随着慢性胰腺炎发病率的增加以及人们健康意识的增强, 胰管结石的检出率有增加的趋势^[1]。本研究回顾性分析 2004 年至 2008 年我科收治的 22 例胰管结石患者的临床资料, 探讨该病的诊断和治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组胰管结石患者共 22 例, 其中男 18 例, 女 4 例; 年龄 29~65 岁, 中位年龄 47 岁。所有患者有不同程度的腹痛, 其中 16 例表现为上腹部和剑突下疼痛, 7 例表现为左上腹疼痛, 7 例表现为不同程度背部疼痛。21 例患者有腹泻、消瘦、血糖升高等慢性胰腺炎表现, 其中 14 例有不同程度的消瘦, 13 例有间断性腹泻, 9 例并发糖尿病。本组 6 例患者有急性胰腺炎发作病史; 4 例有不同程度的梗阻性黄疸; 16 例有 20 年以上的长期饮酒史, 其中 13 例长期大量饮酒, 平均饮酒量 > 200 ml/d。

1.2 辅助检查

本组中有 4 例血清淀粉酶轻度升高, 9 例有不同程度的血糖升高, 4 例 TBil $42.3 \sim 96.0 \mu\text{mol/L}$ 。本组患者均行 B 超检查, 17 例发现胰管结石, 3 例显示胰头部可疑包块, 3 例显示胆管扩张 (其中 2 例证实有胆总管结石), 3 例仅表现为胰腺回声增强或不均。19 例患者行 CT 检查, 17 例发现胰管结石, 13 例有明显的胰管扩张 (其中 2 例发现胆总管结石), 7 例发现有胰头包块, 4 例发现胰管内串珠样结石而无明显的胰管扩张, 2 例无明显阳性发现。3 例未行 CT 检查的患者行 MRCP 检查, 均显示胰管扩张并结石形成, 1 例合并胆总管结石。全组有 5 例患者行 ERCP 检查, 均插管成功并发现胰管结石。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2010.02.025

作者单位: 442000 湖北省十堰市郧阳医学院附属太和医院肝胆外科

1.3 手术方法

22 例患者中, 6 例因结石位于胰头和钩突部而行胰十二指肠切除 + Child 吻合术; 14 例因结石位于胰腺颈部或体部而行胰管切开取石 + 胰管空肠吻合术 (Partington 手术), 其中 2 例因胰头部炎性包块而未切除胰头, 术中尽可能地取尽胰头和体尾部胰管结石, 然后将切开的胰管与空肠行 Roux-en-Y 吻合; 2 例因结石位于胰尾部而行胰尾切除术, 其中 1 例合并胰腺头部可疑包块, 术中行穿刺活组织检查未发现肿瘤细胞, 家属不同意行胰十二指肠切除术。3 例合并胆总管结石的患者均在手术时同行胆总管切开取石术。

2 结果

本组患者 B 超检查的阳性率为 77% (17/22), CT 检查为 89% (17/19), MRCP 检查为 100% (3/3), ERCP 检查为 100% (5/5)。全组中经手术治疗后 3 例患者发生并发症, 其中 1 例行胰十二指肠切除术的患者术后出现胃瘫, 经保守治疗 12 d 恢复; 1 例行 Partington 手术的患者发生上消化道出血, 表现为持续柏油样大便, 无明显的休克表现, 经输血、止酸及应用生长抑素后治愈; 1 例行胰尾切除术的患者出现胰液漏, 表现为腹腔引流管中引流液较多且淀粉酶含量明显增高, 经充分引流 2 周后治愈。16 例患者进行了病理检查, 15 例诊断为慢性胰腺炎, 1 术中快速冷冻切片考虑合并胰头癌者术后病理检查确诊为胰头癌。

采用门诊、电话和 (或) 信函的方式随访。截至 2008 年 12 月, 22 例患者中, 19 例患者腹痛症状术后完全消失, 但有 3 例再次出现腹部隐痛, CT 检查考虑胰头部和钩突部结石, 未再次行手术治疗; 2 例行 Partington 手术的患者腹痛明显减轻; 1 例家属不同意行胰十二指肠切除术患者术后腹胀、腹痛症状加重。14 例有消瘦症状的患者除 2 例为胰腺癌, 其余患者消瘦症状均有不同程度的好转; 13 例有间断腹泻症状的患者除 1 例行胰十二指肠切除术者腹泻症状较手术之前加重, 并且出现血糖升高, 需服用药物控制, 其余患者均较术前有所好转, 不需服用药物控制。9 例糖尿病患者中除 1 例胰腺癌患者死亡外, 有 6 例患者空腹血糖不同程度下降, 其余 2 例变化不明显。

至随访终点时, 1 例合并胰头癌行胰十二指肠切除术的患者术后 31 个月死亡, 1 例家属不同意行胰十二指肠切除术的患者术后 4 个月死亡。

3 讨论

胰管结石的成因尚未完全清楚, 可能与胰液中的胰石蛋白分泌减少、乳铁蛋白分泌增加、钙浓度增高以及胰管梗阻因素有关^[2]。胰管结石除继发于慢性胰腺炎外, 可能与酗酒、胆道结石或感染、遗传、营养不良以及甲状旁腺功能亢进有关^[3-4]。近年来该病检出率明显提高。本组 22 例患者中 16 例长期饮酒, 13 例饮酒量 > 200 ml/d。唐勇等^[1]报道的因酗酒导致本病的发病率为 35.2%。这表明大量饮酒是导致慢性胰腺炎和胰管结石的最重要因素。

胰管结石若继发于慢性胰腺炎或胰管结石本身的持续发展, 可导致胰腺萎缩, 外分泌和内分泌功能减退, 出现脂肪泻、消瘦和糖尿病, 但内分泌障碍的发生往往晚于外分泌功能的减退^[5]。本组有 14 例患者表现为消瘦, 13 例临床表现为腹泻, 9 例有血糖升高。

B 超检查在胰管结石的诊断中具有重要作用, 但受检查者经验影响较大, 且容易受肠道气体的干扰, 对于壶腹部结石和直径较小的结石诊断效果差^[6]。本组 22 例患者中有 17 例诊断为胰管结石, 3 例显示为胰头包块。CT 检查对手术方案设计有重要意义, 但难以显示较小的胰管结石, 对于无胰管扩张时的结石, 不能完全与胰腺钙化区别^[6]。通过上述检查不能确诊的患者, 术前行 ERCP。笔者认为, 胰管结石患者在手术前最好有两种影像学检查确诊, 以便为选择恰当的治疗方式提供可靠依据, 同时可降低误诊和漏诊。

针对胰管结石目前国内仍以手术治疗为主, 尽早的手术治疗对于改善症状、挽救胰腺的内外分泌功能有重要作用。笔者认为, 当行胰管切开取石时, 需尽可能地全程切开胰管, 以免胰头部留有相对狭窄的胰管, 加上患者可能继续饮酒, 术后复发的几率较大。本组 3 例结石复发的患者考虑可能与术中胰管切开不充分以及患者继续饮酒有一定的关系。当采用胰十二指肠切除或胰尾切除时, 在保证病变胰腺切除的同时, 需尽可能多地保留正常胰腺组织, 以免术后内外分泌功能障碍加重。本组 1 例行胰十二指肠切除术患者术后腹泻和血糖升高加重, 可能与此有关。

需要特别提出的是, 慢性胰腺炎易合并胰腺癌^[3]。虽然有学者认为合并胰腺包块的患者术前需要检查相关血清肿瘤标志物, 术中尽量行穿刺活组织检查以证实肿瘤存在^[1]。但笔者认为, 胰腺癌的标志物缺乏敏感性和特异性, 术中穿刺活组织检查往往受到一定的限制。在胰十二指肠切除技术成熟的情况下, 对于合并胰腺包块的患者宜采用直接切除。

参考文献

- [1] 唐勇, 张肇达, 李建水, 等. 胰管结石 88 例临床回顾分析. 中华肝胆外科杂志, 2006, 12(7): 447-449.
- [2] Graf R, Schiesser M, Reding T, et al. Exocrine meets endocrine: pancreatic stone protein and regenerating protein—two sides of the same coin. J Surg Res, 2006, 133(2): 113-120.
- [3] Fang WL, Shyr YM, Su CH, et al. Long-term follow-up study of surgical treatment for pancreatic stones. Hepatogastroenterology, 2007, 54(73): 246-249.
- [4] Frulloni L, Gabbriellini A, Pezzilli R, et al. Chronic pancreatitis: report from a multicenter Italian survey (PanCroInfAISP) on 893 patients. Dig Liver Dis, 2009, 41(4): 311-317.
- [5] Schrader H, Menge BA, Schneider S, et al. Reduced pancreatic volume and beta-cell area in patients with chronic pancreatitis. Gastroenterology, 2009, 136(2): 513-522.
- [6] Siddiqi AJ, Miller F. Chronic pancreatitis: ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance imaging features. Semin Ultrasound CT MR, 2007, 28(5): 384-394.

(收稿日期: 2009-08-25)

(本文编辑: 张玉琳)