

## ·短篇论著·

# X线引导胆道镜治疗胆道狭窄及难取性残留结石 45 例

朱全胜 王家平 袁曙光 田大广 杨华 艾李萍

**【摘要】** 目的 总结应用数字化 X 线机引导胆道镜经 T 管隧道超选择胆道造影方法及对难取性残留结石介入治疗技术的临床价值。方法 在术后保留 T 管隧道的条件下,通过引入数字化 X 线机在电视透视下精确引导胆道镜、导丝、导管、取石网篮等对疑难性胆道改变进行超选择性造影,并对胆道术后残留结石及胆道狭窄进行治疗的 45 病例进行分析。结果 9 例 II~III 级胆管炎性粘连性狭窄进行了治疗;6 例胆总管多发结石短时间内顺利取出;25 例 II 级、III 级、IV 级胆管多发难取性结石取出;3 例 III 级胆管单发结石因胆道狭窄未能取出;2 例 II 级、III 级胆管多发结石因 T 管隧道出血结石未能取出。结论 ①该技术对疑难性胆道改变有明确诊断价值;②对肝内胆管炎性粘连、狭窄等复杂性胆道改变进行清洗、气囊扩张或支架等治疗提供了可能性;③该技术能提高术后胆管残余结石的清除率,减少操作时间,安全性好,值得推广应用。

**【关键词】** 数字化 X 线机透视;胆道镜;胆道难取性残留结石

国内统计肝胆管结石术后残余结石发生率高达 40%~70%,一直是困扰肝胆外科最为棘手的问题之一<sup>[1]</sup>。随着纤维胆道镜技术的发展,经 T 管隧道胆道镜取石作为处理胆道术后残留结石的重要手段,已经使大量胆道手术后残留结石病人免于再次手术,但是由于存在各种胆镜取石盲区<sup>[2]</sup>,采用传统经 T 管隧道胆道镜取石方法对于部分难取性结石<sup>[3]</sup>常给操作者带来以下困难:①操作时间较长,会给患者带来痛苦;②部分结石难以一次全部取出,需要反复多次。我们引入数字化 X 线机透视下精确引导胆道镜、取石网篮、碎石网篮、导丝、导管超选择胆道造影及选择性使用液电碎石机治疗胆道残余结石共 45 例,取得了明显效果,现报告如下。

## 资料和方法

### 一、一般资料

2005 年 12 月~2007 年 6 月期间选择我院的胆道术后难取性残留结石患者 45 例,男性 21 例,女性 24 例,年龄范围 22~82 岁,平均年龄 54 岁。45 例患者均行胆囊结石胆囊切除及胆道切开取石,部分已行术中胆道镜取石,术后 T 管造影 9 例显示胆管狭窄及部分胆道显影不清;36 例显示有不

同部位、不同程度的胆道残留结石。其中有 6 例单纯胆总管结石;7 例胆总管结石并左右肝 II 级 III 级胆管多发结石;9 例左右肝胆管狭窄并多发结石;6 例左右肝 II 级、III 级胆管多发巨大结石;8 例分别为左右肝 II 级、III 级和 IV 级胆管结石。

## 二、方法

### 1. 仪器设备

本研究采用仪器设备为:①GE Prestige-II 数字多功能 X 线机;②奥林巴斯 T-20 型纤维胆道镜;③各种配套的导丝、造影导管、冲洗导管、气囊导管、取石网篮、碎石网篮;④液电碎石机 PSN-230 型;⑤床旁射线防护设备。

### 2. 术前准备

术前禁食 6 小时,行碘过敏试验。术前 10~30 min 用药:肌注 654-2 10 mg 或口服曲马朵 50~100 mg。

### 3. 术中用药

术前 5~10 min 5%利多卡因瘘道胆道滴注,术中全程滴注 5%生理盐水,且每 500 ml 生理盐水+8 万单位庆大霉素。造影剂:76%泛影葡胺或各种非离子型造影剂。

### 4. 术中造影

在 X 线监视下,胆道镜通过 T 管瘘道插入导丝,导管选择性胆道造影,明确胆道情况及结石位置、形态、大小及胆道的取石条件等。选择性胆道造影明确为胆道炎性粘连性狭窄的患者进行了盐水+庆大霉素冲洗治疗;明确为疤痕性胆道狭窄者择时进行扩张或支架等治疗。

### 5. 取石步骤

根据术中造影明确结石及胆道情况,然后采取相对合理的取石或碎石方式,引入取石网篮、碎石网篮或使用液电碎石机碎石器到达结石部位取石或碎石,这一过程时间较长,一般需反复多次,必要时引入导管冲洗胆道,以排出碎石。

根据取石效果和患者的耐受能力,一般手术应在 1~2 小时内结束。治疗取石结束后,再次置入引流导管,行全胆道造影,保留影像资料,以评估治疗效果。

## 结 果

### 一、胆管狭窄

9 例经导丝、导管选择性胆道造影,诊断胆管粘连性狭窄 7 例,胆道疤痕性狭窄 2 例,对胆管粘连性狭窄者反复进行了局部冲洗及扩张至胆道通畅(图 1a、1b、1c);2 例扩张效果不佳,考虑疤痕性胆道狭窄者择时再进行扩张或支架等治疗。

### 二、胆管结石

36例中6例单纯胆总管结石,30 min内顺利取出结石(图2a、2b)。7例胆总管结石并Ⅱ级、Ⅲ级胆管多发结石者,45 min内顺利取出。6例左右肝胆管狭窄并多发结石者,X线电视实时监视、精确引导下多次网篮取石,1h内结石顺利取出(图3a、3b、3c)。6例左右肝Ⅱ级、Ⅲ级胆管多发巨大结石(约2.0 cm × 2.5 cm)嵌顿于左肝管主干,网篮未能将巨大结石套牢,后在数字化X线机透视监视、精确引导下使用了液

电碎石机,巨大结石碎裂后取出,耗时大于2h,余下远端少许Ⅲ级胆管部分结石(图4a、4b)。6例分别为左右肝Ⅱ级、Ⅲ级和Ⅳ级胆管结石,在X线电视实时监视及精确引导下,网篮可顺利到达结石部位,经反复数次网套和应用造影导管到达结石部位予盐水冲洗,1.5h内结石完全顺利取出(图5a、5b)。3例Ⅲ级胆管单发结石并胆道狭窄及夹角过小,网篮未能到达结石部位,结石未能取出(图6a、6b)。2例Ⅱ级、Ⅲ级



图1a 常规胆道造影,右肝管一分支狭窄



图1b 运用导丝、导管超选择性胆道造影



图1c 胆管炎性粘连狭窄冲洗治疗后造影改变

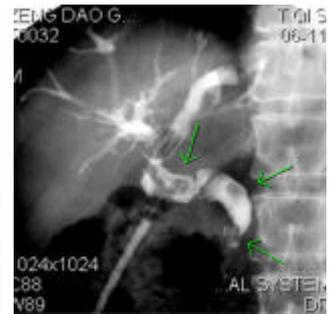


图2a 胆总管多发结石



图2b 胆总管多发结石经胆道镜取石成功



图3a 右肝胆管狭窄并多发结石



图3b 右肝胆管狭窄并多发结石多次网篮取石



图3c 右肝胆管狭窄并多发结石网篮取石成功



图4a 左肝多发巨大结石,网篮未能套牢结石



图4b 后液电碎石巨大结石取出,残余少量小结石



图5a 右肝Ⅲ级胆管结石,胆道镜未能直接观察到



图5b 右肝Ⅲ级胆管结石,透视引导下网篮取石成功

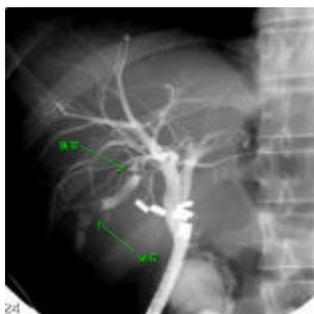


图6a 右肝Ⅲ级胆管结石,并胆道狭窄及夹角过小



图6b 胆道狭窄及夹角小,网篮未能到达结石部位

胆管多发结石因 T 管隧道出血量较多终止取石, 结石未能取出。

### 结 论

李美荣等<sup>2</sup>将胆道镜取石盲区分为三种: 一是术中胆道引流管放置不当, 造成引流管与总胆管间夹角过小, 导致胆道镜进入远端或近端胆管困难, 形成医源性胆道镜取石盲区; 二是胆管本身的生理解剖变异致胆道镜无法进入变异的肝内胆管而形成生理性胆道镜取石盲区; 第三种是因胆道镜本身过大无法进入细小的、IV 级以上的胆管分支造成的器械性胆道镜盲区。

运用胆道镜通过 T 管瘻道进入肝内外胆道系统进行取石, 通过引入数字化 X 线机电视透视技术, 从三维空间上精确定位, 可明确胆道情况、结石与胆道以及结石与胆道镜之间的关系, 打开“胆道镜取石盲区”。在胆道镜取石术中实施全程监视, 从整体上把握术中可能出现的不同情况, 并做出及时调整和采取相应的措施。

文献报道采用传统纤维胆道镜方法结石清除率多为 90.00% ~ 99.40%<sup>[4]</sup>, 结石清除率有约 10% 的差异, 我们认为这与操作者对胆道的实时情况了解不够, 故采用的方法和技巧不同, 随意性较强。X 线机电视透视引导技术相对于传统胆道镜取石方法更能体现其科学性和高效性, 对患者给予人性化的微创治疗。在 X 线透视下实时精确引导胆道镜取石能给操作者提供更为直观和准确的定位, 明确结石大小、形态及胆道的取石条件, 以便及时采取最合理的取石或碎石方

式。结合我们的实践和文献报道, 可用的取石或碎石方式有: 液电碎石、活钳钳挖咬碎石、取石网篮套榨碎石、碎石篮机械碎石、体外冲击波碎石、超声碎石、激光碎石、等离子体冲击波碎石等方式<sup>[5]</sup>。对于胆道狭窄及夹角过小, 网篮未能到达结石部位, 结石不易取出的或结石巨大的, 则有待于取石工具的改进, 比如可探索性使用导丝引导取石网篮或引入更为先进的取石、碎石器械来解决。值得注意的是, 要有保护操作者和患者的意识, 取石过程中以参考点片影像资料为主, 必要时才实时透视或造影引导。本文结果表明, 数字化 X 线电视透视下精确引导胆道镜治疗术后残余结石的方法科学易行, 能提高难取性胆道残留结石的清除率, 降低患者再手术率, 是一种值得提倡的新技术。

### 参考文献

- 1 郭振武. 编著. 胆道外科疑难危重症学. 第 2 版. 天津: 天津科技翻译出版公司 2002:13961.
- 2 李美荣, 叶观瑞, 李运福, 等. 胆道镜治疗胆管残余结石首次失败原因分析. 中国内镜杂志 2003;9(7):60-61.
- 3 刘厚宝, 王炳生, 姚礼庆. 经胆道镜治疗胆道难取性残留结石. 中国内镜杂志 2000;6(4):14-17.
- 4 张宝善. 现代胆道镜技术的进展. 内镜外科杂志 1994;1:7-10.
- 5 包仕廷, 林木生, 鲁珏. 术后胆管难取性残留结石的治疗. 广东医学院学报 2003;21:118-120.

(收稿日期: 2007-12-05)

(本文编辑: 智发朝)

## ·短篇论著·

# 自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病的观察及护理

蓝雪霞 洪建云

**【摘要】目的** 观察自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病的疗效。**方法** 将 70 例口腔念珠菌病老年患者随机分成二组, 对照组予 2% 碳酸氢钠漱口后, 给酮康唑口服治疗; 治疗组予 2% 碳酸氢钠漱口后, 用自制含漱汤含漱治疗, 观察两组的临床疗效。**结果** 治疗组明显优于对照组, 差异有显著意义,  $P < 0.05$ 。**结论** 采用自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病有效、安全、方便、经济, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 自制汤剂; 含漱; 口腔念珠菌病

口腔念珠菌病是由念珠菌属感染引起的口腔黏膜病。近年来, 随着广谱抗生素和免疫抑制剂的广泛使用, 引起菌群失调, 使口腔念珠菌病的发病率日益增高, 长期慢性口腔念珠菌感染, 特别是增殖型念珠菌口腔炎有恶变的可能。故及早彻底治疗口腔念珠菌病十分重要。尤其是老年患者, 由于其机体免疫功能减退, 一旦长时间使用抗生素、激素及化疗等, 极易并发口腔念珠菌感染。其表现为口腔黏膜充血发红、红斑或白色绒膜或斑块、舌背乳头萎缩, 并有口干、黏膜灼热感及疼痛, 味觉异常或丧失等<sup>[1]</sup>。病情反复, 不易彻底治愈, 给患者带来痛苦, 危及病人的健康。我院近三年来对老年并发口腔念珠菌病选用自制含漱汤治疗, 取得满意效果, 现报告

作者单位: 525000 广东省茂名市人民医院