

小儿胆囊结石26例个体化治疗的临床分析

陈永胜 段建文 熊聪 陆惠波 刘云鹏 周丹

胆囊结石是成人常见病、多发病,成人发病率为10%^[1]。但小儿胆囊结石发病率较低,国内外文献报道小儿胆囊结石发病率差异较大,国外文献报道为0.13~1.9%^[2,3]。国内文献报道为0.53%~1.16%^[4,5]。近年来,小儿胆囊结石发病率呈上升趋势,原因尚不清楚。有作者认为可能与生活水平的提高和饮食结构、习惯的改变有关。小儿胆囊结石致胆囊炎严重影响其身心健康,需要积极外科手术治疗。而胆囊是人体一重要的消化器官,因此对小儿胆囊结石的治疗不能一律采取胆囊切除的治疗方法,而是要采取慎重、科学的态度。本次研究小儿胆囊结石个体化治疗的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年3月至2016年2月浙江衢化医院收治的26例小儿胆囊结石患儿,其中男性7例、女性19例;年龄8~14岁,平均(11.36±2.23)岁;体重指数平均(16.89±1.04) kg/m²。其中急性胆囊炎伴胆囊结石3例,单纯慢性胆囊炎伴胆囊结石21例,慢性胆囊炎胆囊结石并发胆总管结石1例,合并先天性胆总管囊肿1例。术前均经B超、磁共振胰胆管造影明确诊断。3例急性胆囊炎术前超声提示胆囊壁厚度0.5~0.8 cm,胆囊收缩率小于10%。21例慢性胆囊炎术前超声胆囊壁厚度0.2~0.4 cm,平均(0.27±0.08) cm;胆囊收缩率为56%~88%,平均(66.62±6.92)%。1例慢性胆囊炎合并胆总管结石,超声提示胆囊萎缩,另1例慢性胆囊炎伴胆囊结石合并先天性胆总管囊肿I型,胆囊明显增大,丧失收缩功能。

1.2 方法 将26例胆囊结石患儿分成微创保胆取石组、腹腔镜胆囊切除组、开腹胆囊切除及胆总管

囊肿切除组等。

1.2.1 内镜微创保胆取石组 于脐下缘直接穿刺5 mm Trocar,建立气腹,压力维持在7~9 mmHg,在腹腔镜监视下于近胆囊底体表投影处穿刺5 mm Trocar,剑突下1 cm处穿刺5 mm Trocar,胆囊位置高者在右侧肋缘下作1.5 cm小切口,直视下操作。常规探查,确定胆囊大小、形态正常,胆囊壁无明显增厚水肿,无明显解剖变异,符合保胆要求。用电刀于胆囊底切开1.0 cm,确切止血,用吸引器吸出胆汁,插入胆道镜,观察胆囊黏膜情况及胆囊结石数量、大小、位置。胆道镜下用取石网篮逐枚取出结石,尽量不使用取石钳,以免夹碎结石;不使用挤压取石法,防止将细小的结石挤入胆总管。细小结石或泥沙样结石通过吸附箱冲吸取尽。最后检查胆囊黏膜有无活性出血,检查胆囊管开口有无胆汁涌出,用5-0抗菌微乔线缝合胆囊底切口,镜下观察无胆漏、出血及肝床损伤,结束手术。

1.2.2 腹腔镜胆囊切除组 具体手术方法同成人,不同的是为了减少创伤,3个戳孔全部使用5 mm Trocar,气腹压力维持7~9 mmHg。

1.2.3 开腹胆囊切除+胆总管切开取石组 胆总管囊肿切除+胆管空肠 Roux-en-y 吻合:对合并胆总管结石及先天性胆总管囊肿,胆囊功能丧失者,采用开腹手术,避免胆管损伤,同时切除胆囊及取尽胆总管结石,切除胆总管囊肿行胆管空肠 Roux-en-y 吻合。

1.3 检测指标 检测内镜微创保胆取石组手术时间、术中出血量、住院时间、术后并发症和2年内的结石复发率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.029

基金项目:衢州市科技计划项目(2015088)

作者单位:324004 浙江衢州,浙江衢化医院肝胆外科

2 结果

2.1 21例单纯慢性胆囊炎伴胆囊结石患儿中,2例患儿无明显临床症状,家属要求保守治疗,19例成功行微创保胆取石手术。手术时间25~70 min,平均(41.12±13.50) min;术中出血量3~10 ml,平均(5.32±2.40) ml;均无胆漏、术后出血、感染等并发症发生,术后住院2~3 d,平均(2.22±0.50) d。术后随访6个月~2年,患儿均恢复良好。复查三维彩超均提示胆囊大小、形态正常,未见胆囊结石复发。胆囊壁薄光滑。3个月后复查三维彩超检查示胆囊壁厚度0.18~0.30 cm,平均(0.24±0.04) cm;胆囊收缩率60%~78%,平均(68.12±5.30)%;与术前比较,胆囊壁厚度变薄及胆囊收缩率有所改善,差异无统计学意义(t 分别=1.46、1.93, P 均>0.05)。

2.2 3例急性胆囊炎患儿成功行腹腔镜胆囊切除术。手术时间55~100 min,平均(77.22±3.36) min;术中出血量30~50 ml,平均(40.56±2.44) ml;无胆漏、术后出血、胆管损伤、胆源性胰腺炎及其他并发症发生,术后住院3~4 d,平均(3.35±0.55) d。术后随访6个月~2年,1例患儿经常出现脂肪泻,另外2例恢复良好。

2.3 1例患儿胆囊结石合并胆总管结石,患儿胆总管最大直径约0.5 cm,为避免术中操作困难造成意外损伤,采取开腹胆囊切除+胆总管切开取石;1例合并先天性胆总管囊肿,直接开腹胆囊切除+胆总管囊肿切除+胆管空肠 Roux-en-y 吻合。术后无出血、胆漏、吻合口漏、切口感染等并发症。随访1年,未出现消化不良、黄疸、胆管结石复发病例。

3 讨论

小儿胆囊结石、肝内外胆管结石临床少见,发病率极低,16岁以下的儿童极少发现胆囊结石。我国较早的统计资料提示,因胆囊结石手术的患者,10岁以下占0.07%,20岁以下仅占1%^[6]。研究表明,小儿胆囊结石与诸多因素有关,如小儿溶血性疾病、感染、胆汁淤积、回结肠疾病、静脉高营养治疗、利尿剂的应用及禁食、高脂蛋白饮食等^[7]。由于小儿胆石症较少见,缺乏特异的临床表现,小儿也不能提供较详细的病史,常被漏略或误诊。随着诊断技术的提高,小儿胆囊结石已能得到较早确诊。

对于成人胆囊结石,胆囊切除术是公认的标准手术方式,尤其随着腔镜技术的成熟与普及,腹腔镜胆囊切除术更是成为治疗胆囊结石的金标准,且不假思索的应用于小儿胆囊结石;但是随着对胆囊

功能认识的深入,发现其除了具有浓缩、储存和调节缓冲胆道压力的作用外,还是一个复杂的化学和免疫器官,能特异性分泌 IGA,保护肠黏膜,尤其对于青少年患者,免疫系统的发育不完善,更应该积极保护胆囊,不应盲目切除^[8]。且随着学者对胆囊切除术后带来的诸多严重并发症认识的深入,如消化不良、反流性胃炎、胆总管结石发生率增高、结肠癌发病率升高、肝损害、医源性损伤、肠肝循环及脂代谢的变化、影响某些免疫功能等,国内外学者开始对胆囊切除治疗胆囊结石持有谨慎态度。

对于小儿胆囊结石,一旦确诊应尽早治疗,手术是治疗小儿胆结石的主要手段。笔者认为保胆手术更应该作为胆囊功能正常的胆结石患儿的主要治疗手段,国内外已有学者开展小儿保胆取石术工作,德国 Ure 等^[9]在2001年回顾分析发现,9例胆囊结石患儿接受保胆手术后随访示无结石复发,且胆囊功能良好,因此建议小儿胆囊结石宜采用保胆手术治疗。国内多名学者研究表明,微创保胆术后结石复发率并没有那么高,且微创保胆手术简单、安全、有效。能够让大多数胆囊结石患者获益^[10]。本组病例中19例患儿接受了保胆手术,创伤小、恢复快,术后并发症少,尤其能避免胆管损伤等严重并发症的发生,且随访所有病例0.5~2.5年,未出现结石复发,胆囊功能恢复良好。

疾病的个体化治疗符合现代精准医疗的要求,特别对小儿胆石症,不能以胆囊切除作为治疗的“金标准”,也不能一味追求保胆;而是需要对患儿的胆囊功能进行充分术前评估。当胆囊收缩功能良好,又能排除胆道先天解剖畸形及胆囊恶性病变时,适宜采取保胆手术;反之,则需要果断采取胆囊切除术。让患儿得到最大程度的获益;本组病例有3例急性胆囊炎,1例合并胆总管结石,1例合并先天性胆总管囊肿,胆囊失去收缩功能和保留价值,则采取腹腔镜胆囊切除,术后恢复也非常顺利,未出现明显并发症。

综上所述,针对小儿胆囊结石的治疗,应尽可能遵循个体化治疗原则。胆囊功能丧失者,需要果断行胆囊切除;有其他合并症者,要以安全和临床效果为准则采取手术方式;胆囊功能正常者,排除禁忌证后应尽量保留胆囊,保胆取石手术不但保留了胆囊的功能,而且微创、安全,结石复发率不高,应该作为小儿胆石症首选的治疗方法。

参考文献

1 Erdas E, Dazzi C, Secchi F, et al. Incidence and risk factors for trocar site hernia following laparoscopic cholecystectomy: a longterm follow-up study[J]. Heria, 2012, 16(4):431-437.

2 Wesdorp I, Bosman D, de Graaff, et al. Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge in children[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2000, 31(4):411-417.

3 James A, Jay L, Eric W, et al. Principles of pediatric surgery[M]. 吴晔明, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006.686.

4 段体德, 段磊, 李遐. 儿童胆石症的外科治疗析[J]. 中华小儿外科杂志, 1992, 13(2): 109-110.

5 蔡正林. 小儿胆石症的诊断与治疗[J]. 肝胆胰外科杂志, 2003, 15(2): 126-127.

6 董倩. 小儿肝胆外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2005.395-399.

7 徐大华. 腹腔镜手术胆道损伤预防和处理[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(9): 684-686.

8 Zdichavsky M, Bashin YA, Blumenstock G, et al. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2012, 24(9): 1033-1038.

9 Ure BM, de Jong MM, Bax KN, et al. Outcome after laparoscopic cholecystectomy and cholecystectomy in children with symptomatic cholelithiasis: a preliminary report[J]. Pediatric Surgery Int, 2001, 17(5-6): 396-398.

10 刘锦新, 韩伟, 陈海. 微创保胆取石术与腹腔镜胆囊切除术治疗胆囊结石的疗效对比[J]. 中国普通外科杂志, 2009, 18(3): 303-305.

(收稿日期 2017-12-18)
(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

艾盐包热熨治疗乳腺癌化疗所致恶心呕吐疗效观察

朱敏淑 王伟文 陈玲阳

乳腺癌化疗是乳腺癌综合治疗中的重要环节^[1]。但化疗药物在杀死癌细胞的同时,也可作用于胃肠道黏膜上皮细胞或脑部呕吐中枢引起恶心、呕吐,这可导致患者食欲减退,甚至脱水、电解质紊乱。临床研究表明,化疗致恶心、呕吐是乳腺癌患者治疗过程中最难以忍受的不良反应,约75%接受化疗的乳腺癌患者会出现恶心、呕吐,严重影响病人的生活质量、治疗信心和康复效果^[2]。因此,防治

乳腺癌化疗后恶心、呕吐非常重要。神阙穴属任脉,位于脐中,表皮角质层较薄,脂肪组织较少。艾盐包成分为艾叶及粗盐。艾叶性苦、辛,温和无毒,入肝、脾、肾,加热后热力持久温和,穿透力加强,且有理气活血、温经通络等功效。粗盐为保温性能持久的辅料,可增强疗效。本次研究对收治的乳腺癌化疗后病人采用艾盐包神阙穴热熨配合药物治疗,并与单独药物疗法进行比较。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2016年3月至2017年7月台州恩泽医疗中心(集团)浙江省台州医院接受EC-T方案(环磷酰胺+表柔比星+多西他赛)的乳腺癌患者70例,均为女性,年龄30~67岁。入组标准:①经病理科诊断为乳腺癌的患者,并对癌组织标本进

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.02.030

基金项目: 2017年浙江省医药卫生科技计划项目(2017KY162)

作者单位: 317000 浙江临海, 台州恩泽医疗中心(集团)浙江省台州医院、温州医科大学附属台州医院甲状腺乳腺外科(朱敏淑、王伟文), 麻醉科(陈玲阳)