

文章编号:1005-6947(2005)01-0013-03

·胆石症专题研究·

## 两种肝门胆管成形胆道重建手术疗效的对比

李蕊, 米曰堂, 李学华, 杨凤辉, 邵峰, 张彦波

(山东省聊城市人民医院 普通外科, 山东 聊城 252000)

**摘要:** **目的** 探讨肝门部胆管炎症性狭窄的有效治疗方法。 **方法** 回顾性分析近10年间因肝内胆管结石行带血管蒂胆囊瓣肝门胆管成形术(PHBDS)及胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术(RYCJ)治疗的肝门胆管炎症性狭窄患者的临床资料。观察围手术期的情况和术后胆管炎发生率、结石复发率。 **结果** 两组间围手术期胆漏、炎性肠梗阻的发生率无统计学意义, PHBDS组与RYCJ组术后胆管炎发生率分别为5.66%和21.88% ( $P=0.010$ )。胆管结石发生率分别为3.77%和16.67% ( $P=0.021$ )。 **结论** PHBDS手术操作简单安全, 保留了Oddi括约肌功能, 防止了胆肠反流的发生, 治疗效果优于RYCJ组。

**关键词:** 胆结石/外科学; 胆管肠吻合术, 肝; 手术后并发症; 胆管炎/病因学

**中图分类号:** R657.42; R657.3

**文献标识码:** A

## Comparison of two treatment reconstruction modalities for hilar bile duct stricture

Li Rui, MI Yue-tang, Li Xue-hua, YANG Feng-hui, SHAO Feng, ZHANG Yan-bo

(Department of General Surgery, Liaocheng People's Hospital, Liaocheng, Shandong 252000, China)

**Abstract:** **Objective** To explore an effective treatment for inflammatory hilar bile duct stricture. **Methods** The clinical data with patients of intra-hepatic cholelithiasis complicated with hilar bile duct stricture that received plastic repair of hilar bile duct stricture (PHBDS) with pedicled cholecystic graft or Roux-en-Y cholangio-jejunostomy (RYCJ) in our hospital during recent 10 years were retrospectively analyzed. The peri-operative conditions, postoperative morbidity of cholangitis and recurrence of hepaticolithiasis were observed. **Results** The peri-operative morbidity of biliary fistula and inflammatory ileus were not significantly different between the two groups. The postoperative morbidity rate of cholangitis was 5.66% and 21.88%, ( $P=0.010$ ) and recurrence rate of hepaticolithiasis was 3.77% and 16.67%, ( $P=0.021$ ) in PHBDS group and RYCJ group respectively. **Conclusions** PHBDS is an easy and safe operation. PHBDS can preserve the physiologic function of Oddi's sphincter, so the reflux of intestinal contents to bile duct is avoided, and the results are better than the RYCJ.

**Key words:** CHOLELITHIASIS/surg; BILIOENTEROSTOMY, HEPATIC; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS; CHOLANGITIS/etiol

**CLC number:** R657.42; R657.3

**Document code:** A

良性高位胆管狭窄临床常见, 以合并肝内胆管结石的炎症性狭窄多见, 治疗通常采用 Roux-en-Y 型胆管空肠吻合术(RYCJ)。这类手术废弃了肝外胆道及 Oddi 括约肌的生理功能, 带来胆汁流向的改变和消化道的改建, 使得反流性胆管炎及胆管结石复发不可避免。为了保存胆道的生理功能, 笔者采用带血管蒂的胆囊瓣修复肝门胆管狭窄与缺损

(plasticity of hilar bile duct stricture with pedicled cholecyst graf, PHBDS), 取得良好效果。现将结果报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 病例选择

1994年1月~2004年1月在我院因肝内胆管结石伴肝门胆管炎性狭窄行肝门胆管成形(PHBDS)或胆肠吻合术(RYCJ)获得随访的患者共149例, 入选本研究者须满足以下条件:(1)均经B超、

**收稿日期:**2004-03-06; **修订日期:**2004-08-16。

**作者简介:**李蕊(1977-), 女, 山东聊城人, 山东省聊城市人民医院住院医师, 主要从事胆道外科方面的研究。

**通讯作者:**李蕊 电话:13181060677(手机)。

CT及/或ERCP确诊为肝内胆管结石并肝门胆管狭窄;(2)术中胆道镜检查及术后B超检查或拔除T管前行胆道造影证实无胆道残石。根据手术方式

不同分PHBDS组和RYCJ组。两组一般临床资料具有可比性(均 $P > 0.05$ )(表1)。

表1 两组间病例资料均衡性检验结果

组别	例数			年龄(岁)		术前胆石类型		术前曾发生黄疸	合并营养不良	合并左肝管或右肝管狭窄	合并肝叶段切除者
	男	女	合计	平均	范围	左肝管/右肝管	肝内混合型				
PHBDS	25	28	53	42.7	19~66	20	33	40	4	3	10
RYCJ	46	50	96	40.8	20~67	46	50	70	11	9	17
<i>P</i>	-	-	-	-	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

## 1.2 手术方法

1.2.1 PHBDS组 在狭窄以下胆总管前壁至狭窄以上正常左肝管、右肝管纵行切开,取尽结石,必要时行肝叶切除,证实胆总管远段通畅。切除部分左肝管、右肝管及肝总管前壁炎性瘢痕组织。分离胆囊管,注意避免损伤胆囊动脉;逆行分离胆囊床游离胆囊,切除胆囊前壁,于胆囊腔内荷包缝合胆囊管,根据胆管壁缺损的大小及形状修剪胆囊后壁;去除胆囊瓣黏膜层,用残留胆囊的浆肌瓣(浆膜面向内),与保留肝门部胆管片吻合;修复肝门胆管,放置T管作为支撑管。

1.2.2 对照组 采用常规RYCJ术,废置空肠的长度为50cm。

## 1.3 随访

每6个月至2年1次定期并采用面询或问卷调查,并复查血常规和B超。

## 1.4 统计学处理

数据分析应用SPSS10.0软件完成。以( $P < 0.05$ 为显著性差异水平)。

## 2 结果

### 2.1 术后并发症及死亡率

术后发生胆漏PHBDS组1例(1.9%),RYCJ组2例(2.1%)( $P > 0.05$ ),围手术期间发生炎性肠梗阻PHBDS组2例(3.8%),RYCJ组5例(5.2%)( $P > 0.05$ )。4例死亡,其中PHBDS组1例(1.9%),RYCJ组3例(3.1%)( $P > 0.05$ )。

### 2.2 随访结果

145例生存者术后均获得随访,手术至随访时间1年4个月~7年3个月,平均3年11个月。随访期间PHBDS组与RYCJ组术后胆管炎发生率分别为5.7%(3/53)和21.9%(21/96)( $P = 0.010$ ),

胆管结石复发率分别为3.8%(2/53)和16.7%(16/96)( $P = 0.021$ )(附图)。

附图 两组胆管炎发生率及结石复发率比较

## 3 讨论

PHBDS手术要点是去除肝内外胆管中的结石、狭窄及感染灶,必要时可行肝叶部分切除术<sup>[1]</sup>,形成通畅的管道。手术方法为瘢痕胆管前壁的切除,将残留的肝门部片状胆管作为新的胆管后壁。用于修复胆管所需组织采用胆囊,可以任意剪裁及对肝门部胆管前壁进行修复,使胆管完整通畅,较好地解决了肝门胆管狭窄问题。吻合时张力不能太大,在张力较小的情况下吻合,术后T管定期冲洗,以消除因胆泥淤塞管腔而继发胆管炎之弊,需支撑6个月,尽量形成再狭窄。与RYCJ相比,胆囊壁血运丰富,与胆管壁生物学特性及力学特性接近,耐胆汁性强,手术操作简单,吻合安全;且避免了对结肠下区的操作,本组结果表明PHBDS并不增加围手术期胆漏、炎性肠梗阻的发生率。

资料均衡性检验的结果显示,两组患者的临床病理参数差异均无统计学意义。而PHBDS组术后

胆管炎发生率和胆管结石复发率均明显低于 RY CJ 组(均  $P < 0.05$ )。而 RY CJ 术后平均 3 年 11 个月随访中胆石复发率达 16.67%,与 Yamaoto 等<sup>[2]</sup>和 Kusano 等<sup>[3]</sup>平均随访约 10 年所观察到的 31.4% 基本相符。

细菌感染是胆管内棕色结石形成的重要原因<sup>[4]</sup>。一方面许多细菌可以分泌外源性  $\beta$ -葡萄糖醛酸酐酶( $\beta$ -G),而且胆道感染和梗阻还可使内源性  $\beta$ -G 活性增加<sup>[3]</sup>。该酶可裂解结合胆红素为非结合胆红素,与钙结合形成胆红素钙沉淀。另一方面,在胆道产生大量黏泥,主要成分是多糖蛋白质复合物,它们在胆管结石形成和发展以及胆管的阻塞中都起到非常重要的作用。

本组结果表明,PHBDS 手术操作简单安全,保留了 Oddi 括约肌功能。PHBDS 术后细菌逆行侵入胆道的机会明显降低,最近笔者对 12 例 PHBDS 患者拔除 T 管前引流胆汁并进行细菌培养,其阳性率为 25%,而传统胆肠吻合其胆汁细菌培养阳性率为 86%<sup>[6]</sup>,临床还发现 RY CJ 后胆道积气的发生率可达 23%,而 PHBDS 几乎没有发生。表明

PHBDS 术后胆管反流发生率大大降低,术后反流性胆管炎发生率降低,进而使胆管结石复发率下降。故笔者认为,对 Oddi 括约肌功能基本正常的肝胆管结石患者应优先考虑行 PHBDS 术。

#### 参考文献:

- [1] 王悦华,冯玉泉,刘永雄,等.先天性胆管囊肿的外科治疗及疗效分析[J].中国普通外科杂志,2002,11(2):84-86.
- [2] Yamamoto T, Hamanaka Y, Suzuk T. Bile acids and microorganisms in the jejunal lumen after biliary reconstruction in dogs[J]. J Am Coll Surg, 1995,181(4):525-529.
- [3] Kusano T, Isa T, Muto Y, et al. Long-term results of hepaticojejunostomy for hepatolithiasis[J]. Am Surg, 2001,67(5):442-446.
- [4] 王庆宝,吕方启,刘振中,等.回盲部间置重建胆道治疗胆总管囊肿[J].中国普通外科杂志,2000,9(6):574-575.
- [5] Swidsinski A, Lee SP. The role of bacteria in gallstone pathogenesis[J]. Front Biosci, 2001,6(1):93-103.
- [6] 梁力建,汤地.原发性肝胆管结石的手术治疗[J].中国实用外科杂志,2001,21(3):492-493.

文章编号:1005-6947(2005)01-0015-01

## · 病例报告 ·

# 特殊类型甲状舌管囊肿 1 例

刘勇<sup>1</sup>, 朱炳光<sup>2</sup>, 贾金文<sup>3</sup>, 郭继华<sup>4</sup>

(1.解放军第九三九六八部队医院 休养所,新疆 乌鲁木齐 830075;解放军第四七四医院 2.外一科  
3.耳鼻喉科 4.病理科,新疆 乌鲁木齐 830011)

**关键词:** 甲状腺舌管囊肿; 病例报告

**中图分类号:** R581.9 **文献标识码:** D

**患者** 女,30岁。因“发现颈部包块 1 余年”收入院。体查及辅助检查:颈前区中线甲状软骨前可触及一肿块,肿块大小约 4.5mm × 4.5mm × 4.5mm,表面光滑而富有弹性,边界清楚,随吞咽作上下移动。B 超显示:颈

前甲状腺上方皮下囊性肿物(合并感染?)。诊断:甲状腺舌管囊肿。颈丛麻醉下手术。术中解剖游离囊肿时见其上、下部各有一条索,分别向上、下延伸。游离上方条索并按甲状舌管囊肿规范切除;游离下方之条索至右侧甲状腺上极,见其与甲状腺组织相连接,紧贴甲状腺予以切除。术后恢复顺利。病理报告:甲状舌管囊肿,上、下条索为管状结构,囊壁及管腔为被覆上皮为假复层状上皮。

**讨论** 甲状舌管囊肿及瘻管是颈部最常见的先天性疾病,常见于 15 岁

以下儿童,男性为女性的 2 倍。其发病原因为:胚胎时期,甲状腺发生于舌根盲孔区,以后下降至甲状腺出生后的位置;其下降时形成的甲状舌管通常在胎儿 6 周左右自行闭锁,萎缩消失。若甲状舌管发育异常可有 3 型,即:(1)舌管下段闭锁而上段未闭型,最常见约占 85%;(2)舌管上段闭锁而下段未闭锁型,临床罕见;(3)舌管完全未闭锁型,本例属舌管完全未闭锁,于其中段形成囊肿,手术时应注意切除下段管腔,以免再次复发。

**收稿日期:** 2003-10-13。

**作者简介:** 刘勇(1972-)男,新疆乌鲁木齐人,解放军第九三九六八部队医院住院医师,主要从事普通外科方面的研究。

**通讯作者:** 刘勇 电话:0991-8928107 (H),13999921665(手机)。