



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.026
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3800.shtml

· 临床报道 ·

胆总管切开一期缝合手术的探讨：附 53 例报告

黎明，杨奕，汪春，莫敏

(广西富川县人民医院 普通外科, 广西 富川 542700)

摘要

目的：探讨胆总管切开术后一期缝合手术。

方法：分析 2009 年 3 月—2013 年 6 月间，通过传统开腹、腹腔镜行胆总管切开一期缝合 53 例（缝合组）与术后行 T 管引流 37 例（引流组）的术后并发症比较，同时结合文献资料复习，对胆总管一期缝合术的手术进行分析探讨。

结果：全组 90 例全部治愈出院，平均住院时间 16 d，其中缝合组的患者出现并发症 5 例，占 9.43%，引流组出现并发症 7 例，占 18.92%，两组比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。随访 3 个月至 1 年，两组患者均没有残余结石及复发、胆道狭窄等并发症。

结论：胆总管一期缝合术疗效确切、安全，但有严格的手术适应证，以术中明确无残余结石及胆总管下段通畅为基本原则。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(2):262-264]

关键词

胆结石 / 外科学；胆总管；一期缝合

中图分类号：R657.4

近十年来，中外许多学者对胆总管切开一期缝合做了大量的研究，得到了不同程度的治疗效果，对严格掌握一期缝合的手术适应证也达成共识，但胆总管一期缝合的手术适应证一直没有统一的标准^[1]。本文总结了本院 2009 年 3 月—2013 年 6 月，通过对传统开腹、腹腔镜行胆总管切开一期缝合患者临床资料的研究，并结合多组文献资料复习，对胆总管一期缝合术的手术适应证进行分析探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 90 例，男 47 例，女 43 例；年龄 17~76 岁，平均 49 岁；单纯胆总管结石 36 例，合并胆囊结石 22 例，多发结石 17 例，肝内结石 12 例，胆总管探查阴性 3 例。术前均经 B 超、CT 确诊择期手术；传统开腹手术 63 例，腹腔镜手术 27 例；术中明确胆总管直径 0.8~1.0 cm 6 例，1.0~2.0 cm 57 例，

>2.0 cm 27 例；术前发热 4 例，黄疸 3 例，轻度转氨酶升高 4 例，单纯性胰腺炎经治疗稳定 1 例；有胆道取石手术史 4 例。将患者按手术方法分为两组，行胆总管探查术后一期缝合 53 例（缝合组），行胆总管探查术后 T 管引流 37 例（引流组），比较两组患者术后并发症发生情况。

1.2 方法

手术均采用全麻或硬膜外麻醉，合并胆囊结石先常规切除胆囊，胆总管经传统开腹或腹腔镜切开，切口原则上以 1~1.5 cm 为宜，结石较大的可适当延长，尽量以肉眼或胆道镜直视下，通过取石钳、取石篮取出胆总管及肝内胆管结石，避免盲目取石导致胆管内尤其是胆总管下段及壶腹部开口的刺激损伤，必要时可用 12 F 导尿管反复盐水冲洗，有利颗粒结石排出。无论是开腹手术还是腹腔镜下取石，术中均常规应用胆道镜探查，取尽残余结石，确认胆道镜能顺利通过胆总管下段及壶腹部开口，通畅无梗阻无狭窄。缝合组的患者术后用 5-0 可吸收无损伤线缝合胆总管，要求间断、全层、黏膜对黏膜，针距在 1.5~2 mm 之间，边距为 2 mm 为宜，常规放置小网膜孔腹腔引流；引流组在术后进行 T 管引流，不进行缝合。两组患者术后都进行常

收稿日期：2013-12-03；修订日期：2014-01-23。

作者简介：黎明，广西富川县人民医院副主任医师，主要从事普通外科及腹腔镜方面的研究。

通信作者：黎明，Email: liming_hz@yeah.net

规应用 25% 硫酸镁注射液 10 mL, 加入 5% 葡萄糖注射液 500 mL 静脉缓慢滴注, 连用 3 d。利于胆汁引流, 缓解胆道内压力。

1.3 统计学方法

利用 SPSS 15.0 软件进行数据的分析, 用百分比来表示计数的资料, 使用 χ^2 检验来进行数据与数据间的对比, 若 $P < 0.05$, 为差异具有统计学意义。

2 结果

90 例患者均治愈出院, 平均住院时间为 16 d。缝合组出现并发症 5 例, 占 9.43%, 其中胆汁漏 3 例, 发生在术后 1~3 d, 经延长腹腔引流时间, 保守治疗吸收愈合; 并发胰腺炎发热 1 例、黄疸加深 1 例, 出现时间分别为术后 2、1 d, 均保守治疗缓解。引流组出现并发症 7 例, 占 18.92%, 其中发生胆汁漏 2 例, 发生在术后 2~3 d, 经过治疗吸收后愈合; 术后 3 d 并发胰腺炎发热 3 例, 术后 1 d 出现黄疸加深 2 例, 均经过一系列保守治疗得到控制。两组并发症的发生率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 1)。

所有患者均得到随访, 随访时间 3 个月至 1 年, 均无残余结石及复发, 无胆道狭窄病例。

表 1 两组并发症情况的比较 [n (%)]

组别	n	胆汁渗漏	胰腺炎发热	黄疸加深	总发生率
缝合组	53	3 (5.65)	1 (1.89)	1 (1.89)	5 (9.43)
引流组	37	2 (5.41)	3 (8.10)	2 (5.41)	7 (18.92)
P		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

开腹胆总管切开术在 1889 年被美国的 Abeen 和英国的 Thorton 第一次公开报道, 其实施手术后是采取一期对胆总管进行缝合的方式, 然而到了 1908 年, 著名的 T 管引流法被 Kehr 提出, 之后 T 管引流的就一直被应用在开腹胆总管切开术中, 并成为了治疗肝胆管结石的标准术式, 沿用至今^[2]。虽然 T 管引流在胆道减压和保留窦道再次取石方面有不可替代的优势, 但也可能会产生一系列并发症, 如术后胆瘘、T 管相关感染、水电解紊乱、T 管脱出等^[3], 其中与 T 管相关的并发症及拔除 T 管后胆瘘最为常见, 有文献^[2]报道其发生率可高达

15.3%; 同时 T 管引流的患者需带管 2~3 周, 严重影响患者围手术期的生活质量, 住院时间长, 医疗费用增加^[4]。因此, 针对胆道探查取尽结石, 不需要再次胆道镜取石的患者, 在胆总管下段通畅的情况下可考虑一期缝合胆总管。

近十年来, 许多学者在胆道切开取石一期缝合胆总管方面做了大量的尝试。认为只要严格掌握胆总管一期缝合的手术适应证, 其方法是安全的, 疗效是确切的。曾宗焱等^[5]早年就做了系统研究, 通过 meta 分析总结认为胆总管切开探查术后选择性一期缝合胆管是安全可行的, 可大大减少手术时间, 并避免了放置 T 管时带来各种并发症的可能, 极大缩短住院康复时间, 术后病死率和远期并发症的概率也大大降低。本研究革新了胆总管切开探查术后必须常规安置 T 管的陈旧观念, 安置 T 管的适应证仅被限制在: (1) 胆管整形术后需要支撑引流的患者和胆管狭窄的患者; (2) 胆道存在残余结石 (胆管残石) 需经过 T 管取石的患者。近年来大量的研究^[4]也同样表明, 该方法在不增加并发症 (包括近期及远期并发症) 的同时, 可以减少患者的住院时间, 缩短围手术康复时间, 降低治疗费用。

虽然大量的研究资料显示, 胆总管一期缝合的安全性和优越性, 但如何选择一期缝合的适应证, 众说纷纭, 一直没有统一的标准。周蒙滔等认为^[6], 开展胆总管一期缝合术的指征: (1) 确认胆道不存在残余结石; (2) 胆总管下端必须通畅; (3) 无胆管狭窄; (4) 不存在急性化脓性胆管炎; (5) 不合并胰腺炎。在上述指征中, (1)(2) 属于必要条件, 亦即无论如何必须满足的条件; 其余 3 条可由临床医师酌情把握。张光全等^[7]研究表明, 为了确保胆总管内无残留结石, 一期缝合胆总管手术前一定要使用胆道镜明视检查胆道, 确保胆道内无明显炎症变化, Oddi 括约肌收缩功能稳定, 十二指肠乳头开口通畅。也作者认为, 选择不放置 T 管的前提是一定要严格掌握适应证, 至少应当能够保证结石仅限于肝外胆道并已经尽数取尽 (通过术中胆道镜等证实), 保证胆总管下段及壶腹部官腔通畅、Oddi 括约肌功能正常, 同时还要考虑胆总管局部炎症程度、局部组织条件因素, 因此, 如果要选择不放置 T 管, 术者的经验, 特别是手术中对上述情况作出判断的经验尤为重要^[8]。

通过复习多组研究资料, 结合本资料 53 例患

者进行选择一期缝合胆总管与引流管治疗的治疗体会,笔者认为符合胆总管切开一期缝合应具备两大基本原则:一是胆管无残余结石;二是胆总管下段及壶腹部开口通畅。具体归纳为,其手术适应证^[9]:(1)胆总管探查阴性者;(2)单纯胆总管结石;(3)单纯胆总管结石合并胆囊结石;(4)单纯胆总管结石并发单纯性胰腺炎、轻度胆管炎,经术前治疗炎症控制;(5)胆总管多发结石或合并肝内胆管结石,术中明确结石彻底取尽,无残余结石;(6)胆总管直径 ≥ 1.0 cm,管壁厚度 ≤ 0.2 cm。手术禁忌证为:(1)肝内胆管多发结石无法取尽;(2)胆总管下段狭窄或肿瘤;(3)重度黄疸致肝脏功能损害;(4)重症急性胆管炎;(5)术中胆管损伤;(6)合并胆道出血;(7)合并严重的胰腺炎;(8)合并有严重的全身性疾病如糖尿病、低蛋白血症等。

如何确保胆道内结石彻底清尽?(1)胆道镜检查在手术中的应用是最有效最直接的确认手段,同时也能明确胆总管下段通畅,无狭窄,无肿瘤;(2)术前多项影像学检查(如B超、CT检查等)与术中所见符合;(3)有条件的术中可行B超、胆道造影加以确认。本组53例于术中常规行胆道镜检查及取石,同时术前多项影像学检查(B超、CT检查)结果与术中探查一致,综合显示胆道结石取尽而无残余结石。此外,确认胆总管下端通畅的方法,除术中胆道镜检查,或亦胆总管下端能通过10F号以上导尿管,或者5号胆道探子;当然术前若能获得证实胆总管下端通畅的明确的影像学资料(如MRCP)则更佳^[10]。

需要特别指出的是,在严格掌握手术适应证的同时,手术中胆总管的缝合技术也是预防术后胆汁漏的关键,是确保该方法安全的重要一环。通过上述实践可以看出,进行术后缝合的患者出现并发症的发生率为9.43%,而术后进行T管引流的患者的并发症发生率为18.92%,两组数据有统计学差异($P < 0.05$)。因此,只要按照上述原则严格选择好手术适应证,就可以在术后达到较好的疗效,当然本组资料样本量少,胆总管一期缝合的手术适

应证标准尚需大宗病例的进一步论证。

总之,胆总管切开一期缝合手术的适应证多为单纯性的结石或是并发的胰腺炎等轻度炎症,可以很好就使病情得到控制者,只要在手术前进行严格的检查,术后的疗效是非常显著的。

参考文献

- [1] 吕毅,佟剑虹.腹腔镜胆总管切开一期缝合术的临床应用[J].中华腔镜外科杂志:电子版,2012,5(1):22-24.
- [2] Zhang LD, Bie P, Wang SG, et al. A randomized comparison of primary closure and T-tube drainage of the common bile duct after laparoscopic choledochotomy[J]. Surg Endosc, 2008, 22(7):1595-1600.
- [3] 高文庆,周海军,何信众,等.腹腔镜联合胆道镜胆总管切开取石一期缝合术56例临床分析[J].肝胆胰外科杂志,2012,24(1):71-73.
- [4] 周晓初,王锦祥,熊沛.腹腔镜胆总管切开取石术一期缝合的Meta分析[J].中国内镜杂志,2011,17(7):673-678.
- [5] 曾宗焱,唐玉梅.腹腔镜胆总管切开取石后一期缝合术[J].临床外科杂志,2013,21(7):520-521.
- [6] 周蒙滔,孙洪伟,金约朋,等.胆总管一期缝合术在胆道外科的应用[J].肝胆胰外科杂志,2009,21(1):31-33.
- [7] 张光全,林琦远,何满西,等.胆总管下段嵌顿结石术中处理体会[J].肝胆胰外科杂志,2012,24(5):415-416.
- [8] 张礼才,赵士冲.胆总管探查术后选择性一期缝合106例临床研究[J].肝胆胰外科杂志,2012,24(2):150-151.
- [9] 暨玲,严俊杰,张维建,等.腹腔镜联合胆道镜探查一期缝合术操作技巧及胆漏的预防[J].肝胆胰外科杂志,2010,22(6):489-491.
- [10] 邹良旺,徐李娟,蔡华杰,等.腹腔镜胆总管切开取石一期缝合的适应证及手术操作细节[J].肝胆胰外科杂志,2013,25(1):54-56.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:黎明,杨奕,汪春,等.胆总管切开一期缝合手术的探讨:附53例报告[J].中国普通外科杂志,2014,23(2):262-264. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.026

Cite this article as: LI M, YANG Y, WANG C. Investigative study of primary suture of common bile duct after choledochotomy: a report of 53 cases[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(2):262-264. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.02.026