



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.023
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3998.shtml

· 简要论著 ·

胆囊结石继发胆总管结石行胆道探查一期缝合 125 例

彭沙沙, 黄汉飞, 段键, 林杰, 黄智, 曾仲, 王昆华

(昆明医科大学第一附属医院肝胆外二科 / 器官移植中心, 云南昆明 650032)

摘要

目的: 探讨胆囊结石继发胆总管结石行胆道探查一期缝合的可行性、手术指征及临床应用价值。

方法: 回顾性分析 2008 年 1 月—2012 年 12 月间 125 例胆囊结石继发胆总管结石患者行纤维胆道镜探查取石后行胆总管一期缝合的治疗效果。

结果: 全组 125 例全部治愈, 手术时间 60~220 min, 平均 (106 ± 32) min, 总住院时间 6~22 d, 平均 (10.2 ± 3.8) d, 术后发生漏胆 2 例, 均经腹腔引流治愈, 无手术死亡病例。全组病例随诊 6 个月至 4 年, 未见结石残留及胆管狭窄, 疗效满意。

结论: 只要严格选择手术适应证及精细手术操作, 胆总管切开胆道镜探查一期缝合治疗胆囊结石继发胆总管结石安全、有效、可行, 可作为临床常规手术开展。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1126-1128]

关键词

胆总管结石 / 外科学; 胆道探查术; 一期缝合; 胆道镜

中图分类号: R657.4

胆囊结石继发胆总管结石是肝胆外科常见疾病之一, 常导致梗阻性黄疸、胆管炎、胰腺炎等, 严重时导致休克甚至危及生命。临床主要采取传统胆道探查取石, 术后放置 T 形管治疗。随着大量的临床研究和实践, 发现胆总管探查后一期缝合与放置 T 管引流相比疗效确切, 具有创伤小、术后并发症少、恢复快等优点^[1]。我科 2008 年 1 月—2012 年 12 月间, 对 125 例胆囊结石继发胆总管结石患者常规行胆总管切开胆道镜探查取石一期缝合, 手术效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共 125 例, 其中男 55 例, 女 70 例; 年龄 30~85 岁, 平均 57 岁。胆总管单发结石 74, 多发结石 51 例。其中胆固醇结石 80 例, 胆色素性结石 16 例, 混合性结石 29 例。位于胆总管 106 例, 位于肝总管 19 例, 其中合并一级肝内胆管结石 28 例。曾有腹痛病史 96 例, 黄疸病史 76 例, 急性水肿性胰腺炎病史 28 例。术前仍有黄疸者 68 例, 胆总管扩张 (内径 ≥ 1 cm) 109 例。胆总管 > 1.5 cm 者 75 例, 1.2~1.5 cm 者 26 例。合并有高血压、冠心病者 24 例, 糖尿病者 36 例。本组所有患者均经术前 B 超、CT、MRCP 以及术中证实为胆囊结石继发胆总管结石, 明确结石的位置、大小、数目及胆总管内径。全组病例均为初次胆道手术, 无低蛋白血症, 无长期应用激素治疗史。

1.2 手术方法

术前常规留置胃管, 术前 30 min 静脉预防性应用抗生素。所有患者气管插管静脉全麻, 选择右侧肋缘下斜切口入腹, 先行胆囊切除, 解剖胆总管 5 mL 注射器穿刺证实并留取胆汁送细菌培养。纵向切开胆总管前壁, 长度为 0.8~1.0 cm, 以能置入纤维胆道镜探查胆管及取出结石为宜。术中胆

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (81360079); 云南省科技厅—昆明医科大学应用基础研究联合专项基金资助项目 (2011FB176); 云南省卫生科技计划基金资助项目 (2012ws0019); 云南省教育厅科学研究基金资助项目 (2013C245)。

收稿日期: 2013-12-13; **修订日期:** 2014-05-28。

作者简介: 彭沙沙, 昆明医科大学第一附属医院硕士研究生, 主要从事肝胆外科临床疾病方面的研究。

通信作者: 曾仲, Email: zong@medmail.com.cn

道镜常规探查肝内胆管和胆总管下端,胆道结石通过胆道镜下取石网篮取出,胆道镜探查确定胆道无结石残留、胆总管下端通畅、Oddi括约肌功能正常。选用5-0 PDS可吸收线全层连续缝合。缝合要求黏膜对黏膜,针距1.0 mm,边距1.0~1.5 mm,缝合完毕后,将胆总管切口附近冲洗擦干,并用一块白纱布检查有无胆汁渗漏,最后在文氏孔处放置多孔腹腔引流管1根,常规关腹。

2 结果

术后治疗以预防感染、对症支持为主,与传统手术无区别。本组病例均痊愈出院,手术时间60~220 min,平均(106±32) min,术中出血平均30 mL,总住院时间6~22 d,平均(10.2±3.8) d,引流管平均放置3.4 d。术后发生漏胆2例,引流量最多时约300 mL,引流液量逐日减少,至第3~5天漏胆停止,行B超未见肝下及腹腔积液,拔除引流管。全组随访6个月至4年,未见结石残留、胆管狭窄及胆管炎。

3 讨论

胆总管结石的发生率在有症状的胆囊结石病人中占10%~20%^[2],常导致梗阻性黄疸、胆管炎、胰腺炎及胆汁性肝硬化等严重并发症。这就要求对胆囊结石继发胆总管结石采取积极的治疗。在开腹胆总管切开取石手术中,胆道切开术后T管引流作为治疗胆总管结石的经典方式一直沿用至今,但临床实践发现,术后T形管相关的并发症发生率高达15.3%^[3],近年来,随着胆道镜等设备条件的改善,以及缝合材料、缝合技术的改进,严格掌握适应证、掌握缝合技巧和技术要领的前提下,胆道探查后一期缝合胆总管是安全可行有效的^[1,4-5],较留置T管有明显的优越性^[6]。

继发性胆总管结石是指原发部位在胆囊的结石通过扩张胆囊管进入胆总管形成的结石。约有5%~15%的胆囊结石患者伴有继发性胆管结石^[7]。继发性胆总管结石多为胆固醇结石,形状、大小、性状基本上与同存的胆囊结石相同或相似,多呈颗粒状,质硬表面多光滑,术中易取尽,此类结石引起胆管炎症、黄疸均较轻,胆道术后一期缝合并发症少。原发性胆总管结石主要为胆色素结石或混合性结石,外观多呈棕黑色、质松软、易碎、形状各异、大小及数目不一,有的状如细沙或不形成的

泥样。研究结果认为这种结石的生成与胆道感染、胆汁淤滞、胆道寄生虫病有密切关系^[8],引起胆管炎症、黄疸较重,胆总管一期缝合术后并发症较多。本研究125例通过术中比较胆囊结石与胆总管结石性状,同时结合术前影像学检查证实为胆囊结石继发胆总管结石,术中均行胆道镜探查取石胆管一期缝合,术后2例发生漏胆,经腹腔引流及对症保守治疗后均治愈,所有患者随访无胆管残余结石及胆管狭窄。经临床观察,此方法安全、可靠、有效,对于有明确患者应积极采用此法。根据我们选择病例的标准,术后远期随访疗效以及有无并发症情况来看,只要术前经B超、CT、MRCP或术中证实为胆囊结石继发胆总管结石,并且确定无急性化脓性胆管炎、肝外胆管压迫、胆管狭窄畸形、胆道肿瘤及肝内胆管结石位于一级肝管以下(包括一级胆管),术中胆道镜证实无结石残留、胆总管下端通畅,均可以常规行胆总管切开取石胆管一期缝合。

胆总管一期缝合术后主要并发症包括胆瘘、胆道残留结石及胆道狭窄^[9]。术中精细的手术操作、娴熟轻柔的胆道探查和取石技巧及熟练的胆道缝合技术是避免术后并发症的关键因素,而生物相容性缝合线的应用进一步提高一期缝合的安全性。为达到胆总管一期缝合良好的治疗效果,减少并发症发生,我们总结以下手术要点:(1)胆总管前壁不必过分游离,避免胆管壁分离太多,影响胆管血液循环,致术后愈合不良。(2)尖刀反挑式纵行切开胆总管,尽量一次平直切开,长度为0.8~1.0 cm,切口距离左右肝管汇合部至少>1 cm,避免电刀切割导致胆管黏膜损伤。(3)熟练使用胆道镜取石,避免取石网篮过度刺激十二指肠乳头引起术后十二指肠乳头水肿或Oddi括约肌痉挛。本组2例胆瘘患者结石位于胆总管远端,取石较困难,术中取石网篮反复刺激十二指肠乳头。我们认为胆瘘的原因除了缝合技术外,与十二指肠乳头水肿有较大关系。只要十二指肠乳头功能正常,一期缝合并不会由于胆道压力过高而致不可控制的胆瘘。(4)术中胆道镜证实无结石残留、胆管狭窄畸形、胆道肿瘤,胆总管下端通畅,Oddi括约肌功能正常。(5)选择5-0 PDS光滑可吸收线,避免丝线异物反应刺激胆道结石形成。本组病例选用可吸收PDS线,因其对组织损伤小、反应小,细菌不易附着^[10],缝合后胆管炎症反应轻微,不易造成胆管狭窄^[1]。(6)连续全层缝合,有效避免间断缝合打结对胆管壁造成切割伤,防止术后线孔处渗漏胆汁。(7)术者需具备熟练的缝合技术,细针细线严密缝合胆管

壁是基本技术要求, 尽量避免反复进针出针, 防止术后针孔漏。(8) 助手牵拉缝线适中, 以切口闭合即可。(9) 术中文氏孔可靠的腹腔引流至关重要, 术后胆漏可以经彻底引流治愈。术后进食 24 h 以上、观察腹腔引流液量少且不含胆汁, 即可拔除腹腔引流管。患者术后早期进食及下床活动, 可促进胃肠功能恢复, 防止术后早期十二指肠高压所致漏胆。

总之, 只要熟练掌握胆道镜探查取石操作技巧、胆道缝合技术及精细手术操作, 对于胆囊结石继发胆总管结石患者行胆总管切开取石一期缝合, 有效减少放置 T 形管所带来的并发症, 该术式简单, 患者恢复快、术后病程短, 可以作为常规标准术式开展。

参考文献

- [1] 王帅, 黄汉飞, 段键, 等. 胆总管一期缝合术与 T 型管引流术治疗胆总管结石的对比研究 [J]. 中华普通外科杂志, 2013, 28(5):351-353.
- [2] Williams EJ, Green J, Beekingham I, et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS) [J]. Gut, 2008, 57(7):1004-1021.
- [3] Wills VL, Gibson K, Karihaloot C, et al. Complications of biliary T-tubes after choledochotomy [J]. ANZ J Surg, 2002, 72(3):177-180.
- [4] Joshi MR, Singh DR. T-tube vs primary common bile duct closure [J]. JNMA J Nepal Med Assoc, 2010, 49(179):199-203.

- [5] Zhu QD, Tao CL, Zhou MT, et al. Primary closure versus T-tube drainage after common bile duct exploration for choledocholithiasis [J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(1):53-62.
- [6] Ambreen M, Shaikh AR, Jamal A, et al. Primary closure versus T-tube drainage after open choledochotomy [J]. Asian J Surg, 2009, 32(1):21-25.
- [7] Yousefpour Azary S, Kalbasi H, Setayesh A, et al. Predictive value and main determinants of abnormal features of intraoperative cholangiography during cholecystectomy [J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2011, 10(3):308-312.
- [8] 陈晓文, 智发朝, 曹东林, 等. 胆总管结石的成因观察 [J]. 第四军医大学学报, 2006, 27(3):261-263.
- [9] Saeed N, Nasir MT, Khan MI, et al. Choledochorraphy (primary repair) versus t-tube drainage after open choledochotomy [J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2012, 24(1):18-20.
- [10] 赵玉沛. 普通外科缝合技术和缝线的发展历史现状和展望 [J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(10):789-792.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 彭沙沙, 黄汉飞, 段键, 等. 胆囊结石继发胆总管结石行胆道探查一期缝合 125 例 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(8):1126-1128. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.023

Cite this article as: PENG SS, HUANG HF, DUAN J, et al. Common bile duct exploration with choledochoscope and primary suture of common bile duct in treatment of cholecystolithiasis and secondary choledocholithiasis with a report of 125 cases [J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(8):1126-1128. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.08.023

2014 中国临床普外科前沿与争论高峰论坛

我国现代外科学奠基人, 现代外科一代宗师, 著名外科学家, 中国科学院资深院士裘法祖教授亲笔题名的“中国临床普外科前沿与争论高峰论坛”, 遵循“学术交流促发展, 探索前沿勇创新, 精英荟萃增友谊, 弘扬医学为民众”的宗旨, 由“华中科技大学同济医学院附属同济医院”“海峡两岸外科医学会”“中国临床普外科前沿与争论高峰论坛”组委会共同主办, “大连医科大学附属第二医院”承办的“2014 中国临床普外科前沿与争论高峰论坛”定于 2014 年 10 月 17 日至 19 日在大连市隆重召开。本次盛会时逢裘法祖教授诞辰 100 周年, 将举行隆重的纪念活动。

我们非常真诚地邀请全国普外科广大同仁踊跃投稿, 积极参会。本次大会邀请中华外科杂志、中华普通外科杂志、中华肝胆外科杂志、中华实用外科杂志、中华消化外科杂志、中华实验外科杂志、中华胃肠外科杂志等作为本届“学术支持单位”。本次论坛将授予国家级继续教育学分。

1. 征文内容: (1) 外科基础研究、肝胆胰脾外科、胃肠外科、甲状腺乳腺外科、血管外科的临床研究与实践; (2) 普外科各亚专科微创外科手术的规范和创新等。

2. 征文要求: 国内外未公开发表的论文(论著、病例报告、综述、述评)600 字以内的中文摘要(按“目的、方法、结果、结论”四项撰写, 并列 3 个关键词)一份, 需注明作者单位、姓名、职务或职称、通信地址、邮政编码、联系电话和 Email, 以便联系。

3. 投稿方式: 请将您的电子版稿件发到以下 Email 地址: gaofengtdl2014@163.com, 邮件主题请注明“2014 高峰论坛征稿”。投稿截止日期: 2014 年 8 月 30 日。

如希望了解更多征文或会务信息, 请联系:

1. 辽宁省大连市沙河口区中山路 467 号 邮编: 116027 电话: 0411-84671619

大连医科大学附属第二医院 刘彩刚: 15566892506 高振明: 15541178317 Email: gaofengtdl2014@163.com.

2. 湖北省武汉市硚口区解放大道 1095 号 邮编: 430030 电话: 027-83665315 (留言)

华中科技大学同济医学院附属同济医院胆胰外科 传真: 027-83665375

王兵: 13307171656 李红波: 18071457497 Email: gaofengtdl2014@163.com