

文章编号:1005-6947(2006)03-0227-02

· 简要论著 ·

胆囊管壁转移修复肝总管狭窄或缺损术式的探讨

秦春宏^{1,2}, 李永国², 张树友¹, 何葵¹, 杨文军¹

(1. 南华大学附属第二医院 普通外科, 湖南 衡阳 421001; 2. 中南大学湘雅二医院 肝胆外科, 湖南 长沙 410011)

摘要:为探讨修复肝总管狭窄或缺损有效的术式, 笔者采用切开胆囊管并侧移的方法修复肝总管狭窄或缺损 8 例: 其中肝总管狭窄并发重症急性胆管炎 1 例, 肝总管狭窄反复并发梗阻性黄疸 2 例, LC 术中肝总管损伤 3 例, Mirizzi 综合征 III 型 2 例。术后 4~7 个月 T 管造影显示肝总管通畅无狭窄后拔管。术后 1 年 B 超检查, 肝总管、胆总管通畅无狭窄。提示胆囊管壁转移修复肝总管狭窄或缺损的术式是可行的。

关键词:肝总管狭窄/外科学; 胆囊管壁转移修复

中图分类号:R657.4; R322.47 **文献标识码:**B

胆管狭窄的修复, 提倡以能保留奥狄括约肌功能的各种修复方法为主, 但该方法受局部病变和技术的影响, 手术后远期效果满意者只有 50% 左右。临床上使用更多的是胆管空肠 Roux-en-Y 型吻合, 术后满意率可达 70% 以上, 但因为改变了生理通道, 术后并发症也多。因此, 学者们仍在探索满意的修复胆管狭窄的新办法。笔者近 5 年来采用胆囊管壁修复肝总管狭窄或缺损病变的治疗方法 8 例, 术后恢复良好。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 5 例, 女 3 例, 年龄 20~48 岁。其中不明原因的肝总管狭窄并发重症急性胆管炎 1 例(狭窄段长度约 3 cm, 管径约 0.2 cm)和反复并发梗阻性黄疸 2 例(狭窄段长度约 2~3 cm, 管径约 0.2~0.3 cm), 腹腔镜胆囊切除术中肝总管损伤 3 例, Mirizzi 综合征 2 例。所有病例术前经 CT 或磁共振胰胆管显像(MRCP)确诊。

1.2 手术方法

本组病例均系首次胆道手术, 用逆行法切胆囊。

当剥离胆囊至胆囊管处, 离断胆囊颈, 移去胆囊, 保留胆囊管及部分胆囊颈, 共长约 2~3 cm。对 3 例肝总管狭窄患者予切开狭窄肝总管及部分胆总管; 对 2 例 Mirizzi 综合征 II 型及 3 例肝总管损伤患者予肝总管病变区修剪以除去血运不佳的管壁, 取出胆管结石, 冲洗胆道。纵行剪开胆囊管并修剪, 但胆囊管与肝总管之间的组织不作分离以保留其间的血液循环。剪开胆囊管与肝总管间后层浆膜以减少张力。用不穿透黏膜的缝合法将胆囊管壁侧移缝合至肝总管上形成新的肝总管, 管径为 6 mm。置 20 号 T 型管于胆管内经胆总管开口处引出, T 型管上支达左右肝管汇合处, 置腹腔引流管于网膜孔处, 关腹结束手术。

2 结果

术后常规处理, T 管胆汁引流通畅, 无胆漏发生。术后 4~7 个月 T 管造影后显示肝总管、胆总管通畅无狭窄, 拔 T 管。术后 1 年 B 超检查, 肝总管、胆总管通畅无狭窄, 显示胆囊管壁修复肝总管狭窄成功。

3 讨论

肝总管狭窄处理的关键是如何解决其狭窄以使术后不再狭窄。传统的方法是利用附近组织的瓣替代修复胆管狭窄, 如带血管蒂的胃壁瓣、空肠壁瓣及脐静脉等组织修补^[1,2], 但由于它们不具有

收稿日期:2005-09-07; 修订日期:2006-02-27。

作者简介:秦春宏, 男, 湖南永州人, 南华大学附属第二医院主治医师, 主要从事肝胆胰疾病方面的研究。

通讯作者:秦春宏 E-mail: qchh@163.com。

相同的胆道黏膜及壁层,故易致胆管再狭窄。带蒂胆囊瓣转移修补肝外胆管壁^[3],不失为一种可选择的办法,其关键是保持残余胆囊壁的血供。此术风险较大,当胆管发炎时,因胆囊是炎性增厚组织,一旦残余胆囊壁血运欠佳或炎症较重,术后极易发生胆瘘。因此它不能在胆管炎性反应较重的手术中应用。有作者^[4]用胆囊管移植替代肝总管术,但与正常肝总管比较,胆囊管的内径有偏小的顾虑。

胆囊管的血供来自胆囊动脉和胆总管周动脉丛,血运丰富安全,胆囊管和肝总管管壁结构相似^[5],此特点为利用胆囊管壁修复肝总管狭窄或缺损奠定了解剖和生理基础。在本组病例的处理中,笔者考虑到胆囊管的上述特点,也考虑到胆囊管壁厚无术后挛缩,用它代替肝总管壁修复胆管狭窄,手术后胆漏及再狭窄的可能性低,认为理论上是可行的,手术方式的选择具有合理性。正常肝管的管径很细,修复时的组织创伤、粗的缝针缝线等因素均能增加后期的纤维瘢痕形成和管腔狭窄。笔者根据黄志强的经验,应用显微外科技术原理,细致地用不穿透黏膜的缝合法修补肝管,减少对黏膜的

损伤,尽可能获得理想的愈合和较少的瘢痕形成。本组术后无胆漏,术后4~7个月T管造影及1年后B超检查显示肝总管无狭窄,胆管通畅无狭窄。表明手术成功,效果较好,可供借鉴。胆囊管的长度一般为2~3cm,故本术式适用于肝总管狭窄或缺损长度在3cm内的病例。

参考文献:

- [1] 马文锋,翟秀岩,段志泉,等. 壁层腹膜加带蒂大网膜覆盖术修复胆总管缺损的实验研究[J]. 中华外科杂志, 1999, 37(4): 237.
- [2] 何振平,别平,柳凤轩. 胆管狭窄替代性组织修复的再认识[J]. 肝胆胰外科杂志, 2004, 16(1): 46-48.
- [3] 刘亚光,张文福,牛力春,等. 带蒂胆囊瓣转移修补肝外胆管壁缺损[J]. 肝胆胰外科杂志, 2000, 8(5): 345-346.
- [4] 杨永浦,张梅欣,杨国辉,等. 胆囊管移植替代肝总管术(附6例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(1): 92.
- [5] 黄洁夫. 肝胆胆道肿瘤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999. 79-82.

全国第一届结直肠肛门外科学术会议征文通知 暨第七届全国胃肠外科新技术应用高级研修班

为了加强与世界同行的交流与接轨,将我国结直肠肛门外科的专科化发展到一个新的台阶,由中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组、中国中医药学会肛肠病专业委员会、中国抗癌协会大肠癌专业委员会主办的“全国第一届结直肠肛门外科学术会议暨第七届全国胃肠外科新技术应用高级研修班”将于2006年11月2-5日在珠海举行。会议由中山大学附属第一医院、《中华胃肠外科杂志》编辑部、中山大学附属第五医院承办。本会是“中华医学会外科学分会肛肠学组”更名为“中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组”后的首次大会。届时结直肠肛门外科的专家、同行,包括中医药学会肛肠病专业委员会及抗癌协会大肠癌专业委员会的专家、同行将共聚一堂,共同展望我国结直肠肛门外科发展的未来,并规划进一步协作和研究计划。会议还将邀请美国、欧洲、新加坡、日本、香港及台湾专家就本专业研究进展做专题报告,采用报告、手术录像、提问、讨论、争鸣、答疑、展板等多种方式进行研讨。它将是一次我国结直肠肛门外科学界的盛会,诚邀普通外科、结直肠肛门外科的专家、同行参会、投稿。期间会议征文将以《中华胃肠外科杂志》增刊形式出版论文集,参会者可获得国家级I类继续教育学分及省级I类学分。

1、会议时间:2006年11月2日-5日

2、会议地点:珠海国际会展中心

3、征文内容:(1)直结肠肛门疾病的基础与临床研究及外科治疗;(2)炎性肠病的综合治疗;(3)慢性便秘的基础与临床研究;(4)结直肠肿瘤的基础与临床研究;(5)腹腔镜结直肠手术;(6)低位直肠癌保肛手术、术后肛门功能、性功能评价;(7)肠造口并发症的防治及护理;(8)结、直肠肛门外科新手术、新技术、新疗法。

4、征文要求:参会稿件应是未在国内外学术期刊上公开发表的文章。全文在4000字左右;摘要400字左右,摘要包括目的、方法、结果及结论;关键词4~6个。用A4纸按标准格式打印,同时提交Word格式电子版(附软盘或发于邮件至(crgz2006@yahoo.com.cn),并注明作者姓名、单位、联系地址、邮政编码、联系电话、电子邮件地址。邮寄地址:广州市中山二路58号中山大学附属第一医院结直肠外科王磊医生收(邮编510080)。

5、费用:会议注册、资料费800元;住宿统一安排、费用自理。

6、联系人:广州市中山二路58号中山大学附属第一医院普通外科办公室郭小姐(邮编510080),电话:020-87331428、87332200-8669或13719321006,传真号码:020-87331428

详情请访问中国肛肠外科网 www.cnkra.org