

文章编号:1005-6947(2007)07-0630-03

·胆道外科专题研究·

# 胆囊管残株结石的诊断和治疗:附22例报告

汝宝元

(甘肃省平凉市第二人民医院 外二科,甘肃 平凉 744000)

**摘要:**目的 探讨胆囊管残株结石的诊断和治疗方法。方法 回顾性分析18年间收治的22例胆囊管残株结石患者的临床资料。结果 22例中18例行ERCP确诊6例,MRCP确诊12例;另4例因胆总管结石进行胆总管探查术时发现残留胆囊管过长且有结石,术中胆道造影证实为胆囊管残株结石。全部患者经再次手术治疗获得痊愈,术后随访3年以上,效果满意。结论 胆囊管残株结石与第1次手术密切相关,MRCP和ERCP是其最有价值的诊断方法。再次手术难度大,手术应谨慎。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):630-632]

**关键词:** 胆结石/外科学; 胆囊管残株; 残株胆囊

中图分类号:R657.4 文献标识码:A

## Diagnosis and treatment of cystic duct stump concretion: a report of 22 cases

RU Bao-yuan

(the Second People's Hospital of Pingliang City, Pingliang, Gansu 744000)

**Abstract: Objective** To explore the diagnosis and treatment of cystic duct stump concretion. **Methods** The clinical data of 22 cases of cystic duct stump concretion were retrospectively analysed. **Results** Of 22 cases, six cases were diagnosed by ERCP; 12 by MRCP; and the other four cases had long cystic duct stump with stones found at operation, and proved by intraoperative cholangiography. All cases were cured by re-operation, and at more than 3 years follow up, the results were satisfactory. **Conclusions** The cystic duct stump concretion is closely related to the first operation. MRCP and ERCP are the most valuable diagnostic methods. Re-operation is difficult and needs to be done with care.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(7): 630-632]

**Key words:** Cholelithiasis/surg; Cystic Duct Stump Concretion; Cystic Stump

CLC number: R657.4

Document code: A

胆囊结石占我国成人发病率的7%~10%,随着社会老龄化趋势的发展,其发病率亦在逐渐增加<sup>[1]</sup>。胆囊切除术是其最常用的治疗方法,切除的方式有开腹胆囊切除(OC),小切口胆囊切除(MC),腹腔镜胆囊切除(LC),不论哪种方式胆囊切除,术后胆囊管残株结石仍时有发生,而且诊断困难,再次手术难度大,容易损伤血管、胆道等,应引起重视。我院自1988年8月—2006年8月共收治胆囊管残株结石22例,效果满意,报道如下。

收稿日期:2007-02-02; 修订日期:2007-07-05。

**作者简介:** 汝宝元,男,甘肃平凉人,甘肃省平凉市第二人民医院副主任医师,主要从事肝胆外科及微创外科方面的研究。

**通讯作者:** 汝宝元 E-mail:pladsley@126.com

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男8例,女14例;年龄24~72(平均48.4)岁。第1次手术行OC 12例,其中手术史超过10年者11例,超过3年者1例。第1次手术行MC 8例,其中手术史超过5年者5例,超过3年者3例。第1次手术行LC 2例,手术史为3年和1年。急诊手术14例,择期手术8例。22例中合并有胆总管结石者17例,其中合并急性化脓性胆管炎2例。

### 1.2 术前诊断

1.2.1 主要临床表现 见表1。其中合并有胆总管结石17例,急性梗阻性化脓性胆管炎(AOSC)2例。

表1 主要临床表现

症状体征	例数(%)
右上腹痛	22(100)
寒颤、发热	12(54.6)
黄疸	6(27.3)
墨非氏征	3(13.6)
剑突右下压痛	17(77.3)
右肝区叩击痛	14(63.6)
休克	1(4.55)

1.2.2 影像学检查 经B超检查甚至是多次检查诊断胆总管结石者17例,其中疑有胆囊管残株结石者仅2例,后经核磁共振胰胆管成像(MRCP)证实系胆囊管残留过多形成残株胆管结石3例中的2例;CT平扫发现2例,尔后亦经MRCP证实诊断准确;MRCP直接诊断者8例,共12例。ERCP诊断6例;因误诊为胆总管结石行胆总管探查术时发现,经术中胆道造影诊断4例。

1.2.3 诊断及误诊 本组术前诊断18例(81.8%);误诊4例(18.2%),均误诊为胆总管结石。

## 2 治疗与结果

全部患者经再次手术行胆囊管残株切除术,其中行胆囊管残株切除+胆总管探查术17例,术中、术后经T管胆道造影证实无误;单纯行胆囊管残株切除5例。本组22例残株内均有结石,其中17例合并有胆总管结石。手术无并发症,患者均痊愈出院,术后随访3年以上,效果满意。

## 3 讨论

### 3.1 胆囊管残株结石的成因

3.1.1 胆囊管残株的成因 (1)胆道变异。当胆囊管过长地与肝总管伴行时,两者均包埋于同一纤维组织鞘内。在行胆囊切除手术时,如未能将该段胆囊管游离及切除,则可致胆囊管残留过长<sup>[2]</sup>。(2)第1次手术时胆囊炎症过重,为防止胆道损伤和大出血而被迫行胆囊次全切除术时,胆囊管残留过长。(3)技术原因。盲目自信,过分依靠胆囊的颈管交界部,以为切断此处即完成了胆囊切除术,使胆囊管残留过长。

3.1.2 胆囊管残株结石的成因 (1)第1次手术残留有两方面的原因。一是当时胆囊结石细小,存留于胆囊管中(包括嵌顿的);二是操作不当,在未先控制胆囊管的情况下触摸、加压或LC

器械推移是胆囊内结石下移进入胆囊管,而切断结扎胆囊管又在其远处进行,使结石残留其中。(2)再生结石。胆囊管已残留过长,而胆囊颈部、胆囊管内的黏膜又未进行彻底灭活,形成结石的因素存在;过长的胆囊管中Heister瓣及残留胆囊黏膜的分泌和吸收功能异常,将成为继发胆囊管感染及结石形成的基础<sup>[3]</sup>。特别是留有部分胆囊组织,手术后可逐渐形成小胆囊或“假胆囊”,导致结石复发,需要再次手术<sup>[4]</sup>。

### 3.2 关于诊断

胆囊切除术后患者可有类似于胆囊炎或胆结石反复发作的临床表现,部分患者出现寒战、发热、黄疸等急性胆管炎症状。本组2例合并急性化脓性胆管炎,1例就诊时已出现休克。B超,CT,内镜逆行胰胆管造影(ERCP),MRCP等影像学检查有助于本病的术前诊断。笔者体会:B超发现结石率高,本组为77.3%(17/22),与有关报道相似<sup>[5]</sup>。但鉴别能力差,胆囊管残株结石容易误诊为胆总管结石,本组误诊率为68.2%(15/22)。CT诊断率较高。但诊断胆囊管残株结石最有价值的当属术前MRCP,ERCP和术中的胆道造影,特别是前两者对本病的诊断有很重要的意义,能显示胆囊管是否残留及其大小,有无残株结石,有无合并肝内外胆管结石,有无胆道其他疾患等,其诊断率高且准确,本组MRCP诊断12例,ERCP诊断6例,手术证实诊断准确。

### 3.3 关于治疗

本症一旦诊断明确应手术治疗,特别是合并胆总管结石者。术中探查要仔细,小心解剖或根据触摸结石作为引导,大多能游离出残余的胆囊管残株。笔者体会仍需遵循辨-切-辨三字程序<sup>[6]</sup>,可先解剖清楚胆总管下段,沿其右侧壁小心钝锐性交替解剖找到胆囊管,解剖清楚Calot三角,游离胆囊管至汇合部,看清三管汇合关系,于距汇入处0.3~0.5cm<sup>[7]</sup>切断结扎胆囊管。万一困难,可切开胆总管找到胆囊管开口,插入探针作为引导,分离出胆囊管残株以便于切除;这对于同时行胆总管探查术的病例更为方便。本组有4例在胆总管探查术中怀疑,经术中胆道造影确诊。全组中17例行胆总管探查、胆囊管残株追加切除,术中胆道造影证实切除恰当。总之,胆囊管残株结石的手术难度较大,应谨慎对待,认真处理,以避免发生手术并发症。

### 3.4 关于预防

预防重于治疗。针对胆囊管残株结石的成因

应采取以下预防措施:(1)重视首次胆囊切除术,仔细解剖 Calot 三角和三管汇合部,认真分辨胆囊管汇入方式、位置、形态及有无胆道变异,务必做到距胆总管汇入处 0.3~0.5cm 处切断结扎胆囊管。(2)对于胆囊炎症过重,Calot 三角水肿粘连,解剖不清者,须行胆囊次全切除术者,务必敞开胆囊颈部及胆囊管,先取石,再冲洗,后彻底灭活黏膜。(3)对于胆囊结石细小,胆囊管宽疑有结石者,切断胆囊管后先试取石再冲洗,确无结石后再结扎或缝合。(4)操作规范,手法轻巧,探查时触摸胆囊用力适度,解剖 Calot 三角要轻柔;LC 时禁止用器械在胆囊颈部反复用力向下推;对胆囊管汇入处不肯定的病例,可先在游离出的胆囊管上引线打一外科结,以预防结石下移,也可作为标记。待胆囊完整游离后再仔细解剖判断胆囊管切断的位置。(5)对于解剖关系不清,胆囊管汇入不明确或疑有其他胆道疾患,可行术中胆道造影,显示肝内外胆管及其走行,帮助判断胆囊管汇入的准确位置。本组胆囊管残株结石 22 例中并发

胆总管结石者有 17 例(77.3%),可见胆囊管残株结石是形成胆总管结石的原因之一。

#### 参考文献:

- [1] 巴明臣,崔书中,陈积圣.我国胆道外科的现状与发展思路[J].中国微创外科杂志,2007,7(4):329-330.
- [2] 施维锦.胆道外科学[M].上海:上海科学技术出版社,1994.17.
- [3] 励峰.胆囊黏膜功能与其结石形成的关系[J].国外医学外科学分册,1996,23(3):138-140.
- [4] 陈彦波,吴唯.腹腔镜胆囊大部分切除术临床应用探讨[J].中国普通外科杂志,2007,16(2):195-196.
- [5] 陈梅福,吴金术,易为民,等.结石性残株胆囊炎的诊治体会[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):104-406.
- [6] 吴金术,毛先海,廖春红,等.医源性胆道损伤的处理[J].中国普通外科杂志,2001,10(1):42-44.
- [7] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1999.1272.

## 欢迎订阅 2008 年《中国普通外科杂志》

《中国普通外科杂志》是国内外公开发行的国家级期刊(ISSN1005-6947/CN43-1213R),面向广大从事临床、教学、科研的普外工作者,以实用性为主,及时报道普通外科领域的新知识、新技术、临床研究及实用性临床经验。办刊宗旨是:传递学术信息,加强相互交流;提高学术水平,促进学科发展;注重临床研究,服务临床实践。

《中国普通外科杂志》由国家教育部主管,中南大学主办,中南大学湘雅医院承办。主编吕新生教授,顾问由中国科学院及工程院院士汤钊猷、吴孟超、吴咸中、郑树森、夏家辉、黄志强、裘法祖、黎介寿等多位国内外著名普通外科专家担任,编委会成员由国内外普通外科资深专家学者组成。出版周期短,时效性强。开设栏目有述评、专题研究、基础研究、临床研究、简要论著、临床报道、文献综述、误诊误治与分析、手术经验与技巧、国内外学术动态,病案报告。《中国普通外科杂志》已进入多个国内外重要检索系统和大型数据库,如:美国化学文摘(CA),俄罗斯文摘(AJ),中国科学引文数据库(CSCD),中国科技论文与引文数据库(中国科技论文统计源期刊),中国学术期刊综合评价数据库,中国期刊网全文数据库(CNKI),中文科技期刊数据库,中文生物医学期刊文献数据库(CMCC),万方数据-数字化期刊群,中国生物医学期刊光盘版等,影响因子已居同类期刊前列,并在科技期刊评优评奖活动中多次获奖。

2008 年《中国普通外科杂志》由每期 80 页增至 96 页,届时中国普通外科杂志编辑部办公将全面采用远程投稿、审稿、采编系统,出版周期和时效性将进一步提高。欢迎订阅,欢迎赐稿。

《中国普通外科杂志》为月刊,国际标准开本(A4 幅面),每期 96 页,每月 15 日出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,图片彩色印刷,封面美观大方。定价 12.0 元/册,全年 144 元。国内邮发代号:42-121;国际代码:M-6436。编辑部可办理邮购。编辑部地址:湖南省长沙市湘雅路 87 号(湘雅医院内) 邮政编码:410008 电话(传真):0731-4327400, E-mail: PW4327400@126.com; jcgxxych@126.com; zpwzcn@gmail.com