

文章编号:1005-6947(2007)07-0706-02

· 临床报道 ·

# 胆囊切除术中经胆囊管切开行胆总管取石 26 例

雷衡阳, 马小明, 郭龙

(甘肃省平凉市人民医院 普通外科, 甘肃 平凉 744000)

**摘要:**笔者对 26 例胆囊结石合并胆总管结石的患者施行胆囊切除并经胆囊管切开、扩张,置入纤维胆道镜行胆总管探查并用网篮套取结石。患者均于术后约 1 周痊愈出院。无胆瘘、黄疸及胆管内残留结石等并发症。17 例随访 6~8 个月,无结石残留或复者。提示胆囊切除术中经胆囊管切开行胆总管取石手术简单、易掌握,是安全、有效的胆管结石取出方法,特别是对于继发胆总管结石的患者。可减少 T 型管引流的并发症。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):706-707]

**关键词:**胆总管结石/外科学;胆囊切除术;纤维胆道镜

**中图分类号:**R657.4

**文献标识码:**B

据中华医学会外科分会对胆石病的调查,胆囊及胆总管内均有结石者占 11.0% (不含肝内胆管结石),且胆总管内结石多为继发者<sup>[1]</sup>。传统的治疗方法是胆囊切除并胆总管切开取石,术后胆总管常规放置 T 管,带管时间较长,患者住院时间长,给生活带来诸多不便。我院自 2005 年 3 月开始,对 26 例胆囊结石伴继发胆总管结石患者施行胆囊切除并经胆囊管切开胆总管取石术,效果满意,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 5 例,女 21 例;年龄 19~68 岁。术前均经 B 超及核磁共振胆管成像(MRCP)诊断为胆囊结石合并胆总管结石,其中合并胆总管扩张者 20 例(胆总管内径 > 8mm),胆总管内单发结石 17 例,2~3 枚结石 9 例。结石最大径为 1.5cm。术前合并轻度黄疸者 12 例。全部病例术前无急性胰腺炎及急性胆管炎病史。

### 1.2 手术方法

剖腹后解剖胆囊三角,游离出胆囊管及胆囊动脉;首先钳夹并切断胆囊动脉,断端结扎。然后游离胆囊管,使其长度足够手术操作时,于胆囊管近胆囊颈部切开其前壁(不切开胆总管),用弯血管钳及胆道探子扩张胆囊管(不包括胆囊管内径过细或已闭塞者)。用外径 5 mm 的纤维胆道镜(OLYMPUS-20)经胆囊管伸入至胆总管内观察,并用网篮套取结石;待取尽胆总管内结石后,用手在胆总管外辅助使胆道镜前端弯曲部伸入肝总管内探查,以排除术中小结石上漂至肝总管内。拔除胆道镜后,如仍不放心,可于术中

经胆囊管行胆管造影(笔者术中施行 2 例胆管造影,结果阴性),以进一步确诊已取尽结石,并明确胆总管下端是否通畅。之后结扎并切断胆囊管,顺逆结合切除胆囊。3 例行腹腔镜胆囊切除术中切开胆囊管成功取出胆总管结石;术中于胆总管正前方腹壁切开一 5~10 mm 切口,经此处腹壁插入胆道镜,扩张胆囊管用中弯分离钳,取出胆总管内结石后,钛夹夹闭胆囊管,切除胆囊。

## 2 结果

本组病人全部痊愈出院。剖腹手术者平均住院 8~10d;腹腔镜的 3 例均 5d 出院。术后无并发症发生。17 例随访 6~8 个月无复发结石及残留结石。

## 3 讨论

传统的胆囊切除并胆总管切开取石术,术后的 T 管引流可使大量胆汁流失,易引起患者食欲不振及水电解质紊乱,特别是老年患者。笔者等施行的手术经胆囊管取出胆总管结石,因不切开胆总管,故可避免胆管内放置 T 管。其优点显而易见。当然,本手术仅适合胆囊结石伴继发胆总管结石的患者,且有其严格的适应证。关于继发胆总管结石的诊断,需注意以下几点:(1)术前详询病史,对既往多次 B 超提示单纯胆囊结石的患者,近期 B 超提示合并胆总管内 1~2 枚结石。(2)胆总管内结石与胆囊内结石的大小,形状基本一致。(3)患者于近期出现黄疸之前曾有过胆绞痛病史。(4)MRCP 及十二指肠镜逆行胆管造影(ERCP)提示胆管结石位于胆总管内,而非肝内胆管及肝总管。(5)胆总管内结石不超过 1.5 cm。只要注意以下几点,可较为容易地判别胆总管内结石系近期继发者,因而胆囊管大多通畅。这样可保证手术成功。对于腹腔镜术中经胆囊管切开行胆总管取石,主要用于胆囊结石合并胆总管单发结石者,因术中胆道镜无法逆行观察肝总管,故术前必

**收稿日期:**2006-12-26; **修订日期:**2007-06-19。

**作者简介:**雷衡阳,男,甘肃平凉人,甘肃省平凉市人民医院副主任医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**雷衡阳 E-mail:djfygj@163.com

文章编号:1005-6947(2007)07-0707-02

· 临床报道 ·

# 低位胆管十二指肠吻合结合中医治疗胆管结石体会

阮成荣<sup>1</sup>, 詹重厚<sup>2</sup>, 贺永军<sup>1</sup>

(1. 江苏省句容市人民医院 普通外科, 江苏 句容 212400; 2. 江苏省句容市中医院 中医消化内科, 江苏 句容 212400)

**摘要:**笔者1990年4月—2005年12月间采用十二指肠后低位胆管十二指肠吻合结合中医治疗胆管结石11例。11例中2例为首次胆道手术,5例为2次胆道手术,3例为3次胆道手术,1例为4次胆道手术。1例术后胆管残留结石经T管窦道胆道镜取石成功,全部痊愈出院。随访病例没有再次因胆管结石、胆道感染需再手术治疗者。提示十二指肠后胆管十二指肠吻合是一种能防止“盲端综合征”、减少术后胆道感染、操作比较简单的改良术式;结合术后规范口服利胆方剂,能有效地减少术后胆管结石的再发。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):707-708]

**关键词:**胆结石/外科学;改良胆肠吻合术;中西医结合

**中图分类号:**R657.4

**文献标识码:**B

笔者1990年4月—2005年12月采用经切开十二指肠前壁,行胆总管下段前壁与十二指肠后壁低位吻合11例治疗胆管结石,术后结合服用利胆方剂中药治疗,取得较满意效果,现报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

本组男4例,女7例;年龄22~68(平均47.8)岁。2例为首次胆道手术,5例为2次胆道手术,3例为3次胆道手术,1例为4次胆道手术;急诊手术7例,择期手术4例。术前均有反复胆道感染史,10例术前有梗阻性黄疸,3例因急性梗阻性化脓性胆管炎合并不同程度的血压下降。术中探查:本组病例胆总管扩张直径为2.5~3.8cm;9例为胆总管泥沙样结石;另2例合并有肝内胆管泥沙样

结石。11例均行胆总管低位十二指肠吻合术,其中1例加肝左外叶切除术。

### 1.2 胆肠吻合手术方法

术前准备与常规的胆总管十二指肠吻合术相同,常规切开十二指肠上方的胆总管探查,取尽结石。若胆总管扩张直径 $\geq 2.5$ cm时,有常规胆总管十二指肠吻合手术指征者,可选择本术式,择期手术或急诊手术均可采用;急诊手术为再次手术后(包括2次以上),胆总管为泥沙样结石,预计此次术后胆管结石复发可能患者。若有肝内胆管狭窄和/或胆总管高位狭窄,且狭窄处不能解决者<sup>[1]</sup>,为该术式的禁忌证。术者用左手食指伸入已切开的胆总管至下段,并向上顶起胆总管下段的前壁和十二指肠降部,在其前方纵形(或横形)切开十二指肠降部前壁5cm,用2个小拉钩牵开切开的十二指肠前壁,继续用左手食指向上顶起胆总管下段和十二指肠后壁,在距oddi氏括约肌上1cm或狭窄处上方,顺胆总管方向向上切开十二指肠后壁和胆总管下段前壁,双层采用边切开边用1号丝线间距2~3mm缝合,直至吻合直径达3.0cm即可。常规缝闭十二指肠降部前壁切口,十二指肠上方胆总管切口置22号T管引流。

**收稿日期:**2006-04-29; **修订日期:**2007-02-26。

**作者简介:**阮成荣,男,江苏句容人,江苏省句容市人民医院副主任医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

**通讯作者:**阮成荣 E-mail:jsjr\_rcr@163.com

须有MRCP或ERCP检查定位。同时,经胆道镜取出结石后再经胆囊管行胆管造影也很重要,主要目的是明确有无胆管残留结石,还可确诊胆总管下端是否通畅,以排除合并有乳头狭窄及其它病变。当然术中胆道镜能通过乳头部则不需再行造影。对于不能经胆囊管完成胆总管取石者,再切开胆总管取石亦无大碍。对于同类患者合并有重度梗阻性黄疸及急性胰腺炎、急性胆管炎者,笔者认为不适合用此方法治疗。因为此类患者经T管引流胆汁对于

肝功能恢复及胰腺的修复较为有利。

总之,对于胆囊结石继发胆总管结石的患者,行胆囊切除并经胆囊管切开胆总管取石可认为是一种较好的手术方法,特别适合于腹腔镜手术的推广应用。

## 参考文献:

[1] 黄志强. 当代胆道外科学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,1998. 361-362.