

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¹, 詹重厚², 贺永军¹

(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 ≥ 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^[1],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.

术中注意事项:(1)需在 oddi 氏括约肌上 1cm 处切开,避免切开和缝合时损伤胰管致胰漏或胰腺炎发生;(2)采用边切边缝时,左手食指始终需要顶起胆总管下段和十二指肠后壁保持张力,以减少术中出血。

1.3 术后处理

术后需常规置持续性胃管减压至胃肠功能恢复。术后服用规范协定中药利胆剂方:山梔 10,制大黄 10,青皮 10,焦山楂 15,香附 10,芦根 15,枳壳 10,金钱草 15,口服 6 剂为 1 个疗程,术后前 6 个月每月 1 个疗程,后每年再服 1 个疗程。嘱要求每日多饮水达 1 000 ~ 2 000 mL,饮食不忌油腻性食物。

2 结果

本组黄疸病例住院期间逐渐消退,11 例胆道感染均控制;1 例切口感染;1 例术后 T 管造影有残留结石,行纤维胆道镜窦道取石成功。全部病例痊愈出院。全组病例术后前 6 个月每月来院复诊,每次 B 超检查后口服利胆方剂 1 个疗程,全组病例每年再次来院 B 超检查后可服利胆方剂 1 个疗程,至 2005 年 11 月底(术后 6 ~ 186 个月)本组病例没有再次因胆管结石,胆道感染手术治疗。

3 讨论

常用的胆总管十二指肠吻合和胆管空肠 Roux-en-y 吻合术,因其疗效评价不一,对其褒贬参半。为了减少每种手术的不足之处,国内外提出了不少改良手术方法,包括:(1)间置空肠胆肠吻合。因手术操作复杂,间置的空肠段蠕动排空功能不完全可靠,也有胆管结石和胆道感染再发的可能^[2];(2)Oddi 氏括约肌切开术解决了术后的“盲端综合征”,但取尽胆管上段和肝内胆管结石又不满意。(3)胆总管十二指肠舌形切除吻合术^[3],笔者认为胆总管下段自吻合口至 oddi 氏括约肌的盲端,只是在程度上有缩小,但仍不能很好地解决“盲端综合征”,食糜及胆泥淤积在盲端仍可致反复发作性术后胆道感染。采用经十二指肠后低位胆总管十二指肠合术。较好地解决这些胆肠吻合术式中的不足。其优点:(1)在十二指肠上方先切开胆总管探查,因切开的位置可以较高,有利于尽可能地取尽胆管上段内结石,有利于发现肝内胆管狭窄和处理。如不能纠正胆管狭窄,彻底去除病灶,则不宜做任何术式的胆肠吻合^[4];(2)十二指肠后壁与胆总管下段前壁边切边缝,吻合口大小可以保证做到 3cm^[5],降低吻合口狭窄致手术

后反复发作性胆管炎的发生率。(3)将胆总管下段盲端几乎缩小到没有,消除了“盲端综合征”;(4)该术式在十二指肠上方切开的胆总管常规置 T 管,有利于术后造影,为术后纤维胆道镜的治疗留下通道;(5)该术式也为再发胆管结石病例,需要再次胆总管切开探查或胆肠 Roux-en-Y 吻合手术治疗的选择留下余地;(6)吻合口无张力,术后胆痿的机会也较小;(7)吻合口下段几乎是胆总管的末端,胆汁排泄基本是直道排出,有利于手术后残留或再生胆管结石重力自然排出,结合中药利胆方剂效果更加理想;(8)该术式操作比较简单省时,有胆总管十二指肠吻合术技能手术医师均可做。尤其适合年老体弱,耐受手术能力差的患者。

中医认为,胆为清净之腑,湿热长期蕴结肝胆不化,肝气失疏,胆汁排泄不畅,凝结为砂石。采用的协定中药方剂以疏肝利胆,清利湿热,通腑排石为主。诸药合用,泻中有补,攻补兼施,祛邪而不伤正,可以增加胆汁的产生和排泄,降低胆汁中的黏稠度,有利于胆道的“冲洗”作用,可以有效地降低胆管结石再发,以共凑排石之功。肝内外胆管结石合并感染,选择胆肠吻合术的适应证作者态度偏谨慎,第一次胆道手术更加斟酌,除非胆管有大量泥砂样结石,估计术后胆管结石有复发可能采用;当再次或多次胆道手术时,手术选择可较积极。改良的十二指肠后低位胆管十二指肠吻合术,适合于所有常规胆总管十二指肠吻合术的病例。

参考文献:

- [1] 李蕊,米曰堂,李学华,等.两种胆门胆管成形胆道重建手术疗效的对比[J].中国普通外科杂志,2005,14(1):13-15.
- [2] 谭毓栓,王贵民.论胆肠吻合术[J].中国普通外科杂志,2005,14(8):564-566.
- [3] 张孝忠,张军,林亮明,等.胆总管十二指肠舌形切除吻合术治疗胆管结石[J].肝胆胰外科杂志,2005,17(4):330-331.
- [4] 刘锦修,蔡景修,郑贯键,等.胆总管十二指肠吻合术再手术的临床分析(附 35 例报告)[J].中国普通外科杂志,2002,11(2):126-127.
- [5] 夏亮芳,周怀文,胡韵,等.胆肠吻合术 460 例的远期效果分析[J].中华肝胆外科杂志,2000,6(3):192-194.