

文章编号:1005-6947(2007)07-0710-02

· 临床报道 ·

# 纤维胆道镜辅助下胆总管探查一期缝合 56 例临床分析

陈学敏, 孙冬林, 薛卫

(苏州大学附属常州第一人民医院 肝胆外科, 江苏 常州 213003)

**摘要:**为探讨胆道手术时一期缝合总胆管的可行性和安全性。笔者对具有胆道探查指征的患者,施行残余胆囊管及其汇入股切开 2~3mm,然后经此切开处置入胆道镜进行检查和治疗。探查完成后,不放置 T 管,一期缝合总胆管,常规放置腹腔引流。56 例中发现肝外胆管结石 48 例,术中结石取净率为 100%;阴性探查 8 例。胆道镜检查或取石时间为(5~25)min,平均 14min,术后 1 例发生胆瘘。术后住院时间 6~10d,平均为 7d。56 例均获随访,随访时间为 3~20 个月。经 B 超和 MRCP 证实,未发现有肝外胆管狭窄、黄疸或结石复发。提示胆道术中联合胆道镜检查治疗下行胆总管一期缝合是安全可行的。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):710-711]

**关键词:**胆总管结石/外科学;纤维胆道镜;胆道一期缝合

**中图分类号:**R657.4

**文献标识码:**B

随着胆道外科技术的进步以及生物相容性缝合线的应用,胆总管切开探查一期缝合胆管在临床上已有应用,但目前对该术式的效果评价仍有争议。自 2005 年 1 月以来,笔者行经胆囊管及其汇入股切开入路进行胆道镜检查一期

缝合 56 例,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 14 例,女 42 例,男女比例为 1:3;年龄 24~75(平均 43)岁。所有患者均为胆总管结石或合并胆囊结石行择期手术者。均在门诊经各种影像学检查确诊,术前常规复查 B 超,同时行磁共振胆胰管成像(MRCP)6 例,以确定诊断。

**收稿日期:**2007-03-20; **修订日期:**2007-06-19。

**作者简介:**陈学敏,男,湖北襄樊人,苏州大学附属常州第一人民医院主治医师,主要从事肝胆、腹腔镜临床方面的研究。

**通讯作者:**陈学敏 E-mail:tomuer@163.com

“小胆囊”的诊断主要根据既往有胆囊切除手术史,术后仍反复出现右上腹不适、疼痛等症状,及借助 B 超,CT,MRCP,ERCP 等影像学检查,即可以确诊。B 超是诊断本病最基本的检查方法。术后超声检查在胆囊床区可见有形似胆囊的厚壁囊状无回声区,较正常胆囊略小,此即为残余胆囊,但须排除术后早期(1 个月内)胆囊床水肿和局限性积液可能。若无回声区内有强回声伴声影,则更易确诊。超声检查易受肠道气体和操作者经验影响而误诊或漏诊。MRCP,ERCP 检查均能较为清楚地显示胆道损伤的类型、部位和范围,并为进一步治疗提供可靠的依据。MRCP 为无创性检查,较 ERCP 更为合适。“小胆囊”一旦确诊,原则上均应再次手术,尤其是有症状患者。再次手术,分离胆囊管时必须追溯到开口部辨明与肝总管、胆总管的关系后方可切断。由于前次手术时因胆囊三角解剖不清而仅行 LSC 者,如再次腹腔镜下切除残余胆囊,则肝外胆管损伤几率极大,故建议最好行开腹手术。但黄志强<sup>[4]</sup>指出,残余胆囊只要囊内无结石、炎症及梗阻存在,在长期观察下亦无症状,就可不必再次手术切除。

要避免术后残余胆囊的发生,必须熟知胆囊三角解剖情况,尤其注意胆囊管与肝总管汇合变异情况,如有条件可行术中胆道造影,以明确胆囊管汇合情况,也可避免残

余胆囊内遗留结石。术中尽可能显露胆囊管并离断,如于胆囊颈部切除胆囊,残余胆囊颈部黏膜要充分灭活,以去除胆囊炎发生环境及残株再发结石形成的可能。缝合残端时尽可能消除残腔,有利于增加残端的抗张力强度,减少“小胆囊”发生的可能性。

本组患者残留胆囊颈或较长胆囊管,但未出现“小胆囊”现象,分析原因考虑,可能是残留的胆囊管或胆囊颈部组织明显水肿增厚或成纤维化改变,并与周围组织粘连成整体,结扎或缝扎残端后,已无残腔存留,及日后残端的粘连包裹,使残余胆囊颈部组织质韧坚实,故已不具备“小胆囊”形成的解剖基础。

### 参考文献:

- [1] 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.
- [2] 夏生,黄庭,石景森,等.胆囊大部分切除术的适应症和技术要求[J].中华肝胆外科杂志,2001,7(5):307-308.
- [3] 李全生,杜景平,张肇达,等.腹腔镜胆囊切除术后残余胆囊的预防和处理[J].中国普通外科杂志,2004,13(7):546-547.
- [4] 黄志强.黄志强胆道外科[M].济南:山东科学技术出版社,2000,705.

## 1.2 手术方法

采用连续硬膜腔外麻醉,右上腹经腹直肌切口,长约5cm。常规切除胆囊后,胆囊管留取约10mm,切开胆囊管下内侧壁至其汇入胆总管处,顺延该切开线,纵行切开胆总管前壁3~5mm。于切口的顶端应用4-0 VICRYL 支气管可吸收缝线缝扎1道,以防探查和取石过程切口撕裂。然后,经此扩大了“胆囊管开口”,置入6mm纤维胆道镜进行检查或取石。处理完毕后,应用4-0 VICRYL 支气管可吸收缝线间断或连续缝合胆总管和胆囊管切开缘。距胆总管3~5mm处结扎并缝扎残余胆囊管。常规于Winslow孔放置伤口负压引流管。用0号可吸收缝线连续关腹,用4-0 VICRYL 支气管可吸收缝线连续皮下缝合。

## 2 结果

### 2.1 近期疗效

本组共56例,术中发现肝外胆管结石48例,术中结石取净率为100%,阴性探查8例。胆道镜检查或协助取石时间为5~25min(平均14min)。术后酌情输液和选用抗生素。术后1~2d肠蠕动恢复后拔除胃肠减压管,恢复饮食。进食24h以上、观察腹腔引流液量少且不含胆汁,拔除腹腔引流管。术后有1例腹腔引流液含胆汁,未作特殊处理3d后自行消失。全组无1例发生切口感染。术后不需要拆线,术后住院时间6~10d(平均为7d)。

### 2.2 近期随访

全组56例均获得近期随访,随访时间为3~20个月。经B超和MRCP证实,随访病例中无1例有肝外胆管狭窄、黄疸、结石复发、胰腺炎等并发症。

## 3 讨论

胆总管探查后,常以放置T管作为常规,其目的为减压引流胆道,防止术后早期因胆道炎症、乳头部痉挛水肿、胆道黏膜损伤出血和血凝块形成、胆道残石等影响胆道流畅而发生胆漏。再者,术后经T管造影可明确胆道有无残石,并利于经T管排出泥砂样胆石和经T管管道取石。但现代胆道外科临床中,术中胆道镜检查及取石是防止残石的常规检查和治疗手段,除肝内胆管结石等特殊情况下,肝外胆道的残石问题应力求在术中发现和解决,而不是留待术后通过T管造影去发现。传统的术中胆道镜检查是采用经胆总管前壁纵行切开入路,切口长10~15mm,由于胆管壁切开较大,局部血液供应受影响较大,直接(一期)缝合胆管有胆瘘和胆道狭窄之虞,术后多必留置T管。而T管的拔除又多在术后2周以上,加以留置T管后的胆汁丢失、水、电解质代谢和消化功能均受到一定影响,患者术后的康复较慢以及带管和拔管时可能会出现一系列并发症,如胆瘘、胆汁性腹膜炎、肠瘘、胆道感染、T管周围感染、滑脱、断裂、炎性增生、狭窄等。

近年来,胆道外科的发展和技术水平的提高,内窥镜的普及应用,以及微创观念的广泛被接受,为胆总管切开探查术后一期缝合胆总管提供了契机,并且已在国内外许多医院展开。虽然有报道<sup>[1]</sup>常规入路胆道探查后,可以一

期缝合,但由于上述之担忧,一期缝合的临床应用并不广泛。也有报道<sup>[2]</sup>经胆囊管入路进行胆道探查具有不损伤胆总管的优点,是最为理想的入路,但由于受胆囊颈、管内螺旋瓣和胆囊管内径较细,以及胆囊管入口部的锐角的影响,使得胆道镜的送入及检查极其困难,探查失败率较高。因此笔者设计了经胆囊管及其汇入部切开入路施行胆道镜检查。该切口不仅解决了胆囊管口径及螺旋瓣阻挡的问题,同时解除了胆囊管汇入部成角的限制,扩大了入口(直径 $\geq 6\text{mm}$ ),兼容了常规入路和胆囊管入路的优点,摒弃了两者的缺点。由于切开线很短( $< 5\text{mm}$ ),对胆总管的血供影响极小,直接行一期缝合后引起胆总管狭窄的可能性变小。本组56例,术后仅1例腹腔引流液含胆汁,考虑为胆管急性扩张,管壁薄,缝合针孔渗漏,未作特殊处理消失。全组无1例发生切口感染。术后住院时间6~10d,平均为7d。56例均得到随访,随访期间经B超和MRCP证实,无1例有肝外胆管狭窄、黄疸、结石复发、胰腺炎等并发症。

笔者认为,并非所有胆总管切开探查都可以一期缝合。如Tu等<sup>[3]</sup>强调该法必须用于取出胆管内结石,且无Vater壶腹的狭窄和梗阻、胰腺炎或急性梗阻性化脓性胆管炎等病变。结合本组56例经验以及文献<sup>[1,4-5]</sup>报告,笔者体会经此入路行胆道镜检查,胆总管一期缝合要掌握好指征,以下可供综合参考:(1)胆总管结石系继发于胆囊结石,而非原发性胆管结石,并能排除肝内胆管结石;(2)胆囊一并切除;(3)探查后胆道镜联合胆道造影确认无残余结石,乳头开闭良好,远端通畅;(4)胆总管蛔虫已取出;(5)胆总管内径7mm以上,以免术后胆管狭窄;(6)术前B超检查没有发现结石,而肝功能检查提示转氨酶、碱性磷酸酶升高,但胆总管探查阴性者。下列情况应视为一期缝合的禁忌证:(1)肝内外胆管多发性结石取石不彻底;(2)胆总管狭窄需T管支撑者;(3)化脓性胆管炎,胆管壁水肿较重;(4)胆总管下段狭窄或不通畅;(5)重度营养不良或恶液质患者;(6)有胆源性胰腺炎病史者。

总之,胆管一期缝合作为选择性的手术方式应用于胆总管切开探查术,效果好,但应严格掌握手术适应证和禁忌证。只要适应证选择得当,胆总管一期缝合不失为一种安全、有效的术式选择。

## 参考文献:

- [1] 禹正杨,何生,李静,等. 胆总管切开探查术后一期缝合胆管的评价:附6个随机对照临床试验的meta分析[J]. 中国实用外科杂志,2003,23(1):41-43.
- [2] 陈剑,韦军民. 术中微切开胆道镜检查的可行性研究[J]. 中华肝胆外科杂志,2005,11(6):372-374.
- [3] Tu Z, Li J, Xin H, et al. Primary choledochorrhaphy after common bile duct exploration[J]. Dig Surg, 1999, 16(2): 137-139.
- [4] 郑樟栋,许龙堂,吴荣进,等. 胆总管探查术后一期缝合的临床研究[J]. 中华外科杂志,1996,34(8):510-511.
- [5] 李茂竹,孙良希,马善符,等. 胆总管切开探查不放置“T”形管258例临床研究[J]. 中华普通外科杂志,2001,16(1):37-38.