

文章编号:1005-6947(2007)08-0824-02

· 临床报道 ·

肝内胆管支撑引流预防胆管癌术后胆系逆行感染的临床研究

周先亭, 黄庆先, 李绍军, 张翠生, 孙孚波, 刘小方, 孙立臣

(青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院 肝胆外科, 山东 烟台 264000)

摘要:笔者所在医院6年间对中上段胆管癌患者39例施行了根治切除术。在行肝肠盆式吻合时,于肝胆管内放置与胆管内径一致的支撑引流管,再用1号丝线将其固定于胆管壁上,防止过早脱落。2例术后1个月发生胆道大出血,经介入治疗出血停止。全组无围手术期死亡病例。术后随访6个月,有2例支撑管过早脱落,出现反复发作的寒战、发热胆系逆行感染。37例无术后胆系感染,恢复良好。提示:高位胆管癌切除术中肝内胆管放置支撑管引流,可以预防胆管癌术后反复发作的胆系逆行感染,此法是一种简单、可靠、行之有效的方法。 [中国普通外科杂志,2007,16(8):824-825]

关键词: 胆管肿瘤/外科学; 胆管,肝内; 引流; 术后胆道感染/预防与控制

中图分类号: R 735.8

文献标识码: B

中上段胆管癌手术后胆系逆行感染是一种顽固而难治的并发症,反复发作的寒战、高热,给患者带来极大的痛苦。我院1999年1月—2005年1月对收治的39例中上段胆管癌,施行胆管癌切除肝肠内引流术,并采用肝内胆管放置支撑管,以预防发生胆管受压塌陷或狭窄所致胆系逆行感染,收到了较好的效果,现报告如下。

收稿日期:2006-06-28; **修订日期:**2007-02-26。

作者简介:周先亭,男,山东文登人,山东省烟台毓璜顶医院主任医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通讯作者:周先亭 E-mail:zhouxianting@medmail.com.cn

在MCT治疗的初期,由于设备及技术上的原因,固化不彻底可导致血管瘤复发,但是近年来MCT技术提高很快,冷循环微波聚能手术治疗一次性瘤体毁损直径(随功率增大及时间延长)可达6cm以上^[6]。笔者采用距正常肝组织2cm瘤体侧导入天线,多点毁损的方法,避免了较多正常肝组织受损,减少了术中出血,又可彻底毁损瘤体,降低了术后复发率。本组术后6~50个月B超随访无血管瘤复发。

MCT治疗肝海绵状血管瘤的主要并发症有穿刺孔出血、术后发热、感染及血红蛋白尿等。穿刺部位有较大血管或微波释放时间较短,使纤维组织收缩固化不全,可致穿刺孔出血。本组仅8例术中少量出血。预防办法是MCT时阻断肝门血流,使血管瘤血供阻断,这样既可避免穿刺处出血,也可防止血流带走热量,微波释放即刻可达到瘤体迅速萎缩的效果。术后发热是由于固化肝组织坏死吸收导致的反应性体温升高。若固化灶液化感染或形成脓肿,应行开放引流。本组术后发热26例,均采用抗生素治疗痊愈,未发生固化灶感染及脓肿。手术时高热使红

1 临床资料

1.1 一般资料

男28例,女11例;年龄38~78(平均59.3)岁。39例均以梗阻性黄疸入院,总胆红素在89.2~475.8 $\mu\text{mol/L}$ 。术前应用常规B超筛查,磁共振胰胆管造影(MRCP)明确检出胆管癌的梗阻部位及其上下胆管的情况,作为评估能否手术的依据。血清糖类抗原(CA19-9)和癌胚抗原(CEA)肿瘤标志物作为常规检查项目。39例术前均诊断为中上段胆管癌并梗阻性黄疸。术后病理:中、高度分化胆管腺癌32例,低分化腺癌7例。

细胞破坏,进入血液循环,经肾排泄,可致血红蛋白尿。本组发生1例,经及时碱化尿液及利尿剂治疗痊愈。

参考文献:

- [1] 杨甲梅,徐峰. 肝脏外科良性占位性病变更治疗的变革[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(3):161-162.
- [2] Pietrabissa A, Giulianotti P, Campitelli A, et al. Management and follow-up of 78 giant haemangiomas of the liver[J]. Br J Surg, 1996, 83(7):915-918.
- [3] Castanon M, Mayol J, Munoz ME, et al. Interferon treatment of giant hemangioma[J]. Cir Pediatr, 1999, 12(2):80-82.
- [4] 杜锡林,马庆久,赵柏山,等. B超引导下集束电极射频热毁损治疗肝脏海绵状血管瘤[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(12):725-726.
- [5] 陈学金. 瘤体周围缝扎加瘤内药物注射治疗肝海绵状血管瘤:附22例临床分析[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(7):519-521.
- [6] 安东均,杨兴武,王超峰,等. 经皮微波固化治疗肝癌68例疗效观察[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(7):546-547.

1.2 手术方式

本组 Bismuth-Corlette II 型肝门部胆管癌(12 例)及中段胆管癌(10 例)行左右肝管、汇合部以下胆管在胰腺上缘切除,胆囊切除,肝十二指肠韧带骨骼化,清扫十二指肠及胰头后方淋巴结。肝门部胆管癌 III 型(9 例)、IV 型(8 例)行半肝切除、肝三叶切除或肝方叶切除,胆管、胆囊、肝十二指肠韧带及胰头后方淋巴结清扫。行肝肠盆式支撑管内引流术。肝肠吻合前同时切除一部分肝胆管周围的肝组织,修整并充分显露肝胆管流出口。用 12~16 号胶管剪成 7~12cm 长,插入较粗的一支肝管内,用 1 号丝线(尽可能用丝线固定,令支撑管保留时间较长一些)将支撑管固定于胆管壁或肝管周围的结缔组织上以防脱落;一般支撑较粗的肝胆管 3~5 支。将支撑管套入小肠腔内,小肠与肝或部分肝胆管壁缝合,吻合口后壁尽可能与肝胆管壁、肝门部结缔组织缝合,以减少胆汁漏的发生。如吻合不满意,胆汁分泌多时吻合口压力大,可在吻合口内放置一 12~14 号减压管从吻合口下肠管戳孔引流胆汁到体外。

2 结果

2.1 术后并发症

术后有 2 例(5.1%)发生胆系逆行感染,手术后 1 个月内出现反复发作的寒战、发热,体温高达 39℃ 以上,胆红素正常, γ -谷氨酰转肽酶(γ -GT)、碱性磷酸酶(ALP)增高 3~4 倍,谷草转氨酶和谷丙转氨酶轻度增高。经抗生素治疗体温很快恢复正常,但停药数天又发热,反复发作。B 超、CT 检查肝内胆管未见支撑管,肝内胆管有气体。有 7 例患者术后发生胆汁瘘(占 17.9%),第 1 周引流胆汁约为 200mL,1 周后逐渐减少至愈合。本组无围手术期死亡病例。

2.2 随访

39 例患者术后随访 3~9 个月,中位数在 6.5 个月。本组 2 例术后 4 周发生间歇性消化道大出血,经非手术治疗不缓解,肝动脉造影发现其中 1 例左肝动脉分支出血,经介入栓塞治疗出血停止,现已生存 2 年余;另 1 例高位胆管癌合并直肠癌术后 1 个月胆道大出血,造影见右肝动脉分支出血,介入治疗后出血停止,3 个月后因衰竭死亡。

3 讨论

肝门部胆管癌近年发病率有增高的趋势,患病率占全部胆管癌的 58.4%^[1]。资料显示,38.9% 的患者首诊为“慢性胃炎”、“传染性肝炎”而延误治疗达 2~8 周^[2]。手术切除仍然是高位胆管癌最有效的治疗方法。高位胆管癌误诊率高,切除率低,预后差,手术能否达到根治性切除早期诊断是关键。本组 39 例均以梗阻性黄疸收入院,术前常规 MRCP 检查,对胆管癌术前能否切除和早期诊断能

作出可靠的评估。肝门部胆管癌术后发生反复寒战、发热是每个肝胆外科医生都会遇到的最棘手的问题。严重者经抗感染治疗,可暂时缓解,停药数天又发热且反复发作。血液细菌培养阳性率低,偶尔细菌培养阳性者普遍为抗生素耐药,长期反复应用抗生素可选择的药物种类很少,且解决不了逆行感染的问题,长期发热患者非常痛苦,生存质量低,经济负担重。

自 1999 年 9 月始,笔者对肝门部胆管癌切除肝胆管至二、三级以上,胆管无法与空肠直接吻合,只能做肝肠盆式吻合重建胆汁的流出道的患者。在做肝肠盆式吻合前,切除肝胆管开口周围部分肝组织,充分显露肝管开口。手术中为暴露肝内胆管用拉钩将肝牵拉开,当肝胆管切得太深手术结束放开牵拉的肝脏时,肝脏两缘合拢,压迫肝管开口致狭窄使其不通畅,切除的位置越深,狭窄的发生率越高。如不做肝管的支撑引流,肝管受肝缘挤压或粘连狭窄致胆汁流出道通而不畅,很容易发生胆系的逆行感染。回顾我院 1999 年以前 9 年间行肝门部胆管癌未放支撑管 27 例,术后发生胆系逆行感染 4 例(14.8%)。本文置放支撑引流术后的逆行感染发生率 5.1%。

肝管内放支撑引流管应有 3~5 支,用丝线固定使其不易脱落,保留支撑管时间最好达 3 个月,让其慢慢从肠道排出。本组行 B 超复查时发现,一般固定牢者可在 2~3 个月以后脱落,有的病例甚至 1 年以上 B 超还可见到引流管。本组有 2 例术后发生胆系逆行感染,B 超未查出肝管内有支撑管。原因与支撑管固定不牢固过早地从肠腔排出有关。如果胆管能与肠管直接吻合是不需要做支撑引流的,肠管壁对胆管壁的对缘缝合本身已起到支撑作用,有学者^[3]不主张放支撑管,认为其弊大于利。笔者认为放不放支撑管引流要视患者的个体病情、手术切除肝胆管的深度、是否行肝肠盆式引流而定。

本组有 2 例术后发生胆道出血。其特点是间歇性出血,出血量大,往往有休克发生。这是由于肝肠盆式吻合肝门区部分肝动脉、门静脉暴露在胆汁中,手术切断肝动脉或门静脉的小分支时结扎线很容易受胆汁的腐蚀脱落所致。本组有 1 例左肝动脉出血,经介入栓塞后 2 年多仍健在。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胆道外科学组. 肝外胆道癌全国调查 1098 例分析[J]. 中华外科杂志, 1990, 28(9): 516-521.
- [2] 汤恢焕, 彭创, 常实, 等. 肝门部胆管癌 36 例诊疗体会[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(10): 641-643.
- [3] 范作升, 李杰, 范兆然, 等. 胆肠吻合不放支撑引流管的临床研究[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(8): 573-576.