

文章编号:1005-6947(2007)07-0624-03

·胆道外科专题研究·

肝切除治疗肝胆管结石并狭窄

许亮

(湖南省湘阴县人民医院 普通外科, 湖南 湘阴 414600)

摘要:目的 探讨肝切除在肝胆管结石合并肝胆管狭窄治疗中的作用。方法 回顾性分析 82 例肝胆管结石患者的定位诊断、术式选择、合并症、并发症及随访情况等临床资料。结果 术前检查: B 超诊断准确率为 75.6%, CT 准确率 87.0%, PTC 准确率 90.9%, ERCP 准确率 93.5%, MRCP 准确率 94.4%。全组均采用结石所在部位肝叶、段切除, 肝胆管切开取石、整形, 高位胆肠吻合术等治疗。术后并发症发生率 17.1%, 残石率 15.9%。73 例随访 1~16 年, 平均 10.6 年。随访期间结石复发率为 6.8%, 优良率 90.4%。结论 (1) MRCP 等影像学检查是肝胆管结石合并肝门部胆管狭窄术前定位诊断的最佳方法。(2) 肝叶、段切除是治疗肝胆管结石合并肝胆管狭窄的有效手段。(3) 重视肝胆管狭窄的处理是提高疗效的关键。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(7): 624-626]

关键词: 胆结石/外科学; 肝切除术; 胆管, 肝内; 胆管狭窄

中图分类号: R657.3

文献标识码: A

Hepatectomy for treatment of hepatolithiasis accompanied with bile duct stricture

XU Liang

(Department of Hepatobiliary Surgery, The People's Hospital of XiangYing County, Xiangyin, Hunan 414600, China)

Abstract: Objective To evaluate the role of hepatectomy in the treatment of hepatolithiasis accompanied with hepatobiliary stricture. **Methods** The clinical data of 82 cases of hepatolithiasis who had surgical treatment during the past 16 years were reviewed. **Results** Preoperatively, all were examined with B-ultrasound (accuracy: 75.6%), 46 cases with CT (accuracy: 87.0%), 22 cases with PTC (accuracy: 90.9%), 31 cases with ERCP (accuracy: 93.5%), and 18 cases with MRCP (accuracy: 94.4%). All the cases were treated by resection of the hepatic lobe or segment with stones, cholangiotomy and removal of stones, hepatobiliary strictuoplasty, and hepatocholangiojejunostomy at the hepatic hilum. Complications occurred in 17.1% of patients, the rate of residual stones was 15.9%. Seventy-three cases were followed up for average 10.6 years (1~16 years). In the follow-up period, the rate of recurrent stones was 6.8%. The excellent and good result rate was 90.4%. **Conclusions** (1) MRCP is the best technique for the diagnosis of hepatolithiasis accompanied with hepatobiliary stricture. (2) Hepatectomy is an effective means for treating patients with hepatolithiasis accompanied with hepatobiliary stricture. (3) The key to improve therapeutic results is to pay special attention in the treatment of bile duct stricture.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(7): 624-626]

Key words: Cholelithiasis/surg; Hepatectomy; Bile Ducts, Intrahepatic; Bile Ducts Stenosis

CLC number: R657.3

Document code: A

肝胆管结石合并高位胆管狭窄一直是外科治

疗的棘手问题。我院 1990—2006 年为 82 例该类患者采取肝叶、段切除, 肝胆管切开取石、整形, 高位 Roux-en-Y 胆肠吻合术进行治疗, 术后随访 1~16 年, 疗效满意, 现报告如下。

收稿日期: 2007-04-23; 修订日期: 2007-07-09。

作者简介: 许亮, 男, 湖南湘阴人, 湖南省湘阴县人民医院副主任医师, 从事肝胆外科及微创外科的临床方面的研究。

通讯作者: 许亮

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 34 例,女 48 例;年龄 17~69(平均 43)岁。病变部位:右肝管狭窄伴结石 17 例,左右肝管狭窄伴结石 18 例,肝总管、右肝管狭窄伴结石 14 例,肝总管左右肝管狭窄伴结石 12 例,左肝管狭窄伴结石 21 例;其中肝内外同时存在结石 38 例。合并肝硬化门静脉高压 11 例(13.4%),肝脓肿 3 例(3.7%), Carolis 病 2 例(2.4%)。

1.2 临床特点及诊断方法

全组病例主要临床表现为反复右季肋部疼痛伴畏寒、发热、黄疸等症状,病程 1~24 年不等。曾有 1~3 次胆道手术史者 53 例,占 64.6%。术前常规检查肝功能、血常规、凝血功能等,影像学检查:行 B 超检查 82 例,准确率 75.6%(62/82);CT 检查 46 例,准确率 87.0%(40/46);经皮肝穿刺胆道造影(PTC)22 例,准确率 90.9%(20/22),逆行胰胆管造影(ERCP)31 例,准确率 93.5%(29/31),核磁共振胆管造影(MRCP)18 例,准确率 94.4%(17/18)。

1.3 手术方法

本组均为择期手术,左肝外叶切除 48 例(58.5%),左半肝切除 11 例(13.4%),肝方叶切除 9 例(11.0%),右肝前叶切除 5 例(6.1%),右后叶切除 2 例(2.4%),右半肝切除 3 例(3.7%),双侧多区段肝切除 4 例(4.9%)。82 例均行胆道探查,行探查后 T 管引流术 41 例,包括附加各种内引流手术 41 例:胆管空肠 Roux-en-Y 吻合 29 例,间置空肠胆管十二指肠吻合 8 例,胆总管十二指肠吻合 4 例,其中 32 例行肝管切开整形加肝胆管空肠 Roux-en-Y 吻合。

2 结果

2.1 术后并发症

本组术后出现并发症 14 例,发生率 17.1%,其中以胆外漏(6 例)为多见;另有切口感染 3 例,肺部感染 1 例,重症胆管炎 1 例,胆道出血 2 例,上消化道大出血 1 例,均治愈。全组无围手术期死亡。

2.2 随访结果

患者术后 1~3 个月内均行 B 超和胆道造影,残石率为 15.9%(13/82)。9 例位于肝段胆管,2 例位于左肝内叶胆管,2 例位于胆总管。术后个月经胆道镜取石,经 1~3 次取石,5 例痊愈,5 例

再次手术,3 例带石生存。本组 73 例经 1~16 年随访,平均 10.5 年,随访率 89.0%。随访 5 年以上者 59 例(80.8%)。按国内疗效评定标准^[1],本组随访者的优良率占 90.4%(66/73)。随访期间结石复发率为 6.8%(5/73)。

3 讨论

对于肝胆管结石合并肝胆管狭窄病变的患者,术前应对整个胆道系统全面了解,明确结石的部位及数目、狭窄胆管的形态及位置,以助术式的设计。下列影像学检查有助于术前评估:(1)B 超。具有简便、无损伤、无痛苦、费用低等特点,作为传统的首选方法,它可显示肝内胆管病变的部位及大小,同时显示是否伴有胆管结石、脓肿、癌变等。本组 82 例均做 B 超初检,准确率为 75.6%,存在一定的假阴性率。术中 B 超优于一般 B 超,在肝胆管结石合并肝胆管狭窄的手术治疗中有重要的指导作用。(2)CT。不但能明确结石的位置,还可清楚显示肝内外胆管扩张的范围和程度,结石的分布及梗阻平面。本组 CT 检查准确率为 87.0%。(3)PTC 及 ERCP。术前 PTC 可清楚显示梗阻部位以上的肝内胆管情况,以了解肝胆管结石的部位,分布范围,有否合并胆道狭窄及狭窄的位置、数量等。还可了解肝门的位置及是否移位,本组准确率为 90.9%。但该检查属侵袭性,存在出血、胆漏、邻近脏器损伤的风险,目前有被 MRCP 取代的趋势。ERCP 可显示梗阻平面以下胆道系统,直接观察梗阻远端胆石大小,数目和部位,并可行活检或细胞学检查,肝内胆管显影率 86.6%;本组准确率为 93.5%。但其可出现一过性腹痛,血淀粉酶升高,甚至出现急性胰腺炎等严重并发症。(4)MRCP 是一种无损伤和无并发症、不需造影剂就能获得良好对比的检查手段。本组有 18 例经其它影像学方法定位困难者行 MRCP,经术中证实,准确率 94.4%;明显高于 B 超及 CT($P < 0.05$)。

本组本着清除病灶、解除梗阻、通畅引流的治疗原则,选择合理的手术方式,最终完成手术治疗。

(1)清除病灶 切除病变肝段,以最大限度地清除含有结石、狭窄及扩张的胆管,是治疗肝内胆管结石的最有效的手段^[2]。据报道肝胆管结石并狭窄的病例行肝叶切除并不增加手术并发症,并可通过肝断面胆管取石,预防结石和胆管炎所致的胆管癌发生^[3]。本组均行病灶肝切除,无围

手术期死亡。

(2) 狭窄部的切开和整形修复 肝门部高位胆管 Y 形切开术是处理肝总管及 I 级肝管狭窄的基本术式,通过该切口可观察了解 II 级肝管的开口,取尽其内的结石,若患者伴有门静脉高压,肝门区周围存在静脉曲张时,就应考虑分期手术,不能冒然行高位胆管切开术,易导致大出血。凡切开的狭窄肝胆管均需整形,一般采用纵形切开横形缝合,把切开狭窄的胆管整形成修复后胆管的后壁。肝门部胆管的狭窄修复与重建是手术的关键^[4],在缝合整形时要注意:仅缝合胆管壁的全层而不过深,过深缝合可能将其后壁的门静脉贯穿缝合在内,术后导致胆管血管瘘,引起胆道大出血;整形时尽量切除坚厚的瘢痕,以 1 号丝线间断缝合使胆管黏膜吻合。

本组术后残余结石 13 例,9 例位于肝段胆管支。2 例左肝内叶胆管结石残留,出院后反复发作腹痛、寒战、高热,再次手术取净结石而治愈;2 例术后 T 形管造影无残余结石,术后 3 年出现胆

道“三联征”,B 超检查显示左右肝胆管及胆总管均有复发性结石,需再次手术;其余均带石生存。笔者认为对残余结石的再次手术应该严格掌握手术指征:(1)未做过内引流的肝外胆管残余结石;(2)肝内 I,II 级胆管残余结石伴胆管狭窄。除此之外均可带石生存,随访观察。

参考文献:

- [1] 黄志强. 肝内胆管结石手术方法的选择[J]. 实用外科杂志,1994,14(3):136-138.
- [2] 董家鸿,黄志强. 规则性肝段切除术治疗肝内胆管结石病[J]. 中华普通外科杂志,2002,17(7):418-420.
- [3] Jeng KS, Ohta I, Yang FS. Reappraisal of the systematic management of complicated hepatolithiasis with bilateral intrahepatic biliary strictures [J]. Arch Surg, 1996,131(2):141-147.
- [4] 吴金术,田秉璋,杨平洲,等. 肝胆管结石再手术原因及处理:附 81 例报道[J]. 中国普通外科杂志,2004,13(7):492-494.

文章编号:1005-6947(2007)07-0626-01

· 病案报告 ·

胆囊穿孔并发肝破裂 1 例

孙立国, 张志丰

(内蒙古突泉县人民医院 外科, 内蒙古 突泉 137500)

关键词: 胆囊穿孔; 肝破裂/继发性; 病例报告

中图分类号: 657.4

文献标识码: D

患者 男,67 岁。2006 年 11 月 5 日入院,4d 前突发上腹部持续性剧痛,逐渐出现全腹痛,伴右肩背部放射痛,12h 前上述症状加重并出现腹胀,恶心呕吐 10 余次,为胃内容物,伴寒战发热。体查:血压 70/50 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),脉搏 118 次/min。

收稿日期: 2007-06-04。

作者简介: 孙立国,男,内蒙古突泉人,突泉县人民医院主治医师,主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者: 孙立国 E-mail: slg67514

@you.com

贫血貌、巩膜轻度黄染,四肢湿冷。腹部膨隆,全腹压痛、反跳及肌紧张,压痛以右上腹为著,移动性浊音阴性。腹穿抽出不凝血。白细胞 $35.7 \times 10^9/L$,中性 0.96,血红蛋白 70g/L。尿液分析:尿胆元(+),胆红素(+).血、尿淀粉酶正常。B 超见腹腔大量积液。CT 诊断为胆囊结石,腹腔大量积血。入院诊断:胆囊结石,弥漫性腹膜炎,失血性休克。在积极抗休克同时给予手术探查。术中见腹腔内积血约 2 000 mL,胆囊坏疽,底部穿孔破裂,胆囊内有黄褐色

大小不等结石数十枚,部分散落腹腔内,与胆囊穿孔破裂处相邻的肝缘矢状方向破裂约 6cm 出血不止。逆行切除胆囊,修补肝脏。术后抗炎对症治疗 9d,痊愈出院。

讨论 胆囊穿孔并发肝脓肿,相邻空腔脏器穿孔的病例有文献报道,但并发肝破裂极为罕见,因其术前很难与胆囊穿孔出血相鉴别,故不易诊断。本例胆囊穿孔破裂并发肝脏破裂的原因不明,可能与胆囊炎症浸润邻近肝组织,导致肝组织感染脆性增强有关。