

文章编号:1005-6947(2008)02-0111-03

·胆石症专题研究·

肝胆管结石的手术治疗:附178例报告

皮健,温全,张勇,宁平

(四川省成都市第九人民医院 外三科,四川 成都 610015)

摘要:目的 探讨肝胆管结石的有效治疗方法。方法 回顾性分析178例肝胆管结石的手术治疗患者的临床资料。178例中:T管引流术107例(其中并肝左叶或肝方叶切除7例);胆肠吻合手术71例(其中并肝左外叶或肝方叶切除11例)。结果 术后胆管炎复发率分别为49.5%和24%,再手术率分别为28.7%和8%。结论 解除胆道狭窄,去除病灶,通畅引流是预防胆管炎复发,减少再手术率的关键。

[中国普通外科杂志,2008,17(2):111-113]

关键词:胆结石/外科学;胆管,肝内;肝切除术;胆管肠吻合术

中图分类号:R 657.4

文献标识码:A

The surgical treatment of hepatolithiasis: a report of 178 cases

PI Jian, WEN Quan, ZHANG Yong, NING Ping

(Department of Surgery, the Ninth People's Hospital of Chengdu City, Chengdu 610015, China)

Abstract: **Objective** To explore the effective therapeutic methods for hepatolithiasis. **Methods** We retrospectively analyzed the clinical material of 178 hepatolithiasis patients who underwent surgical therapy. Among the 178 patients, 107 patients were treated with T-tube drainage (including 7 patients with left hepatic lobe or quadrate lobe resection), and 71 patients were treated with bile duct-intestinal anastomosis (including 11 patients with left hepatic lobe or quadrate lobe resection). **Results** Recurrence rate of postoperative angiocholitis in the two groups was 49.5% and 24% respectively, and the reoperation rate was 28.7% and 8% respectively. **Conclusions** The key to prevent recurrent angiocholitis and reduce the reoperation rate is to relieve biliary tract stricture, remove the focus of infection and provide unobstructed bile duct drainage.

[Chinese Journal of General Surgery, 2008, 17(2): 111-113]

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

CLC number: R 657.4

Document code: A

肝胆管结石有着复杂的病因和病理改变,由于肝胆管结石时肝脏及胆道病变的复杂性和广泛性,使手术治疗难度增大,术后残石率和胆管炎发生率较高。近年来由于外科技术的改进、手术器械的更新及内镜外科的发展,使肝胆管结石的手术治疗疗效有所提高。本文将我院2000—2007年手术治疗肝胆管结石178例分析总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全组178例,男59例,女119例;年龄19~81岁(平均42)岁,其中 ≥ 60 岁96例(53.9%)。全组患者病程3个月至30年不等,本次发病距入院时间1~13d,平均6.1d。既往有肝外胆管切开取石手术史1次者36例,2次及2次以上者14例。全组均伴有不同程度的黄疸,中度以上黄疸142例(79.8%)

1.2 术前影像学检查及诊断

除常规肝、肾功能等检查外,术前影像学检查包括:B超检查178例,准确率82.0%(146/178);

收稿日期:2008-01-07; 修订日期:2008-02-16。

作者简介:皮健,男,四川省成都市第九人民医院副主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:皮健 E-mail:pajian.1961@yahoo.com.cn

CT检查156例,准确率85.9%(134/156); ERCP(逆行胰胆管造影)检查102例,准确率94.1%(96/102); MRCP(磁共振胰胆管造影)检查98例,准确率95.6%(94/98)。术前结合病史、症状、体征及各种检查诊断:单纯肝内胆管结石53例(29.8%),单纯肝外胆管结石49例(27.5%),肝内合并肝外胆管结石76例(42.7%);肝胆管结石合并胆管狭窄49例(27.5%),合并急性重症胆管炎(AOSC)85例(47.8%)。

1.3 肝内外胆管结石分布及胆管狭窄情况

左右肝管均有结石129例,单纯左肝管结石78例,右肝管结石51例,其中肝内胆管结石伴肝外胆管结石76例;合并左肝管狭窄24例,右肝管狭窄例16例,肝门狭窄9例。

1.4 治疗方式的选择

全组均行手术治疗。其中:急诊手术56例(31.5%),限期手术31例(17.4%),择期手术91例(51.1%)。手术方式包括:胆总管切开探查取石、T管引流术107例(其中联合肝叶、肝段切除7例);肝胆管探查肝胆管盆式Rorux-en-Y吻合术64例(其中联合左肝外叶或肝方叶切除11例);肝胆管探查胆总管十二指肠吻合7例(表1)。

128例首次手术均同时行胆囊切除术。85例合并急性重症胆管炎患者中,29例通过保守治疗使症状缓解或减轻,7例转限期手术行肝叶(段)切除+胆总管切开探查取石、T管引流术。

表1 178例肝胆管结石患者手术方式

| 手术方式 | 例数 |
|-------------------------------|-----|
| 胆总管切开探查取石、T管引流术 | 100 |
| 肝胆管探查+肝胆管盆式Rorux-en-Y吻合术 | 53 |
| 肝叶切除+肝胆管探查+肝胆管盆式Rorux-en-Y吻合术 | 11 |
| 肝叶(段)切除+胆总管切开探查取石、T管引流术 | 7 |
| 胆总管十二指肠吻合术 | 7 |

为尽量取净结石,减少术后残石率及术后胆管炎发生率,手术中除一般取石外,我科对84例择期手术患者术中应用纤胆镜和术中胆道造影或两者兼用(表2)。

表2 手术中辅助手段应用(获随访159例)

| 取石方法 | 例数 | 残石例数 | 残石率 |
|--------|----|------|------|
| 一般取石 | 75 | 15 | 20.0 |
| 纤胆镜 | 36 | 3 | 8.3 |
| 术中胆道造影 | 26 | 2 | 7.7 |
| 二者兼用 | 22 | 1 | 4.6 |

2 结果

2.1 手术并发症及死亡

全组术后住院期出现切口感染、切口裂开共28例(换药、清创和减张缝合后获愈),胆瘘8例(保守治疗获愈),胆道出血5例(保守治疗获愈)。死亡6例:2例系肝内外胆管结石术后,第3次复发并再次手术后死于十二指肠瘘,4例因高龄(≥ 76 岁)手术后死于多器官功能衰竭。

2.2 随访

159例(159/172,92.4%)获随访,随访时间为术后1~6年,平均4年。本组共发生手术后残留结石21例。均在术后15d至3个月内经B超检查和胆道造影发现。其中肝内胆管残留结石15例,胆总管下端残留结石6例。残石率为13.2%(21/159)。本组经术后B超和胆道造影检查无结石残留者获随访138例,其中复发肝胆管结石46例,复发时间距术后29个月至6年不等。所有复发患者均以胆管炎形式出现。所有残留结石(带石生存者)和复发结石67例患者在随访中均有不同程度的胆管炎发生。(包括非结石因素引起的胆道感染),再次手术治疗者35例。

行胆肠吻合共71例(71/178,39.9%),随访中胆管炎发生17例,复发率24%(17/71),再次手术治疗6例,再手术率为8%(6/71);在行胆总管十二指肠吻合术7例中,术后胆管炎发生6例,复发率达86%(6/7)。107例接受T管引流术的患者中,获随访101例,手术后胆管炎复发50例,再手术治疗29例,复发率和再手术率分别为49.5%(50/101)和28.7%(29/101),与胆肠吻合组比较,差异有显著性。

3 讨论

肝胆管结石的外科治疗方法多种多样的。笔者认为治疗肝胆管结石应尽量清除病灶,取尽结石,解除狭窄,并建立通畅的胆道引流,才能有效防止胆石复发。治疗中应根据肝内胆管结石的数量及分布范围、肝胆管狭窄的程度和部位、肝脏病理改变及患者全身情况来选择合理的手术方式^[1]。

手术方式的选择取决于肝损害的程度及发生胆管结石的范围,手术应尽量保留胆道生理通道^[2],在病变严重的情况下,重建胆道通道,效果亦不容否定^[3]。本组病例中行胆肠吻合共71例(71/178),占总病例数的39.9%。其中肝胆管盆式Rorux-en-Y吻合术64例(包括联合左肝外叶或肝方叶切除11例),胆总管十二指肠吻合7例。

随访中胆管炎发生17例,复发率24%(17/71),再次手术治疗6例,再手术率为8%(6/71)。说明胆肠吻合(内引流术)治疗的并发症少,术后胆管炎发生率及再手术率低,治疗效果好,该术式也是治疗复杂肝胆管结石系列化手术的重要组成部分^[4]。经仔细分析发现,接受胆肠吻合术组均为择期或限期手术病例,胆管炎症状较轻,结石清除较彻底,解除了一级肝胆管狭窄并切除了病变肝叶,通畅了引流,特别是肝部分切除对肝内胆管结石能比较满意达到解除梗阻、去除病灶和取尽结石的手术要求,但应严格掌握手术指征。各种欠合理的胆肠吻合术往往会加重胆道感染,就胆总管十二指肠吻合术而言,由于肝内残留结石及复发结石引起的胆道感染与十二指肠液及食物返流入胆管引起的胆道感染交互影响,往往导致术后频发严重的胆道感染。本组行胆总管十二指肠吻合术7例,术后胆管炎发生6例,复发率达86%(6/7),结合国内文献报告,该手术方式应尽量废弃^[5]。

全组行T管引流术107例(60.1%),其中并左肝叶切除2例、肝段切除3例、肝方叶切除2例。术后切口感染17例,切口裂开6例(行二期缝合),胆瘘6例(保守治疗获愈),胆道出血3例(保守治疗获愈),死亡6例(2例系第3次复发肝内外胆管结石术后死于十二指肠瘘,4例死于多器官功能衰竭)。107例接受T管引流术的患者中,合并重症急性胆管炎急诊手术者56例(52.3%),限期手术者29例(27.1%),另择期手术仅22例(20.6%)。获随访101例,手术后胆管炎复发50例,再手术治疗29例,复发率和再手术率分别为49.5%(50/101)和28.7%(29/101),与胆肠吻合组比较,差异有显著性。因肝胆管结石并急性重症胆管炎既是严重的胆道感染,又是危及生命的急腹症,手术的目的是抢救生命,因此肝外胆管切开取石、T管引流术不失为简单有效的治疗方法^[6]。且急诊手术往往不能有效地解除肝内胆管结石和胆管狭窄^[7],同时手术力求简单致肝胆管不能通畅引流以及病灶残留率高是导致这种差别的主要原因。

由于肝胆管结石时肝脏及胆道病变的复杂性,不同的患者又因年龄、结石部位、肝胆管狭窄的程度、有无其他合并症等差异。因此,术前评估重点在于强调个体化治疗和避免盲目手术。术前

结石的诊断和定位是临床治疗中的关键,应通过各种检查手段全面了解胆道系统病变情况。在影像学检查中,除常规检查外,B超和CT检查在各医院较普及,准确率亦较高,但决不能替代胆道造影^[8],经术中证实,MRCP准确率明显高于B超和CT检查,与文献报道一致^[9]。因此,建议在有条件的医院在术前结石的诊断和定位上首先选择MRCP(磁共振胰胆管造影)检查,为提高手术治疗效果,应根据患者的具体情况选择合理的、彻底的手术方法,尽量不遗留病变,减少结石残留。在术中结石较多或不易取尽的情况下,尽量联合纤维胆镜和术中胆道造影等辅助手段,进一步减少结石残留的发生率。

部分AOSC患者在经过积极的抗生素、解痉、对症、支持治疗12~36h后胆管炎及胆管水肿会消退,胆道梗阻症状可减轻,可避免急症手术。本组85例合并急性重症胆管炎患者中,29例通过保守治疗使症状缓解或减轻,从而转限期手术有7例行肝叶(段)切除+胆总管切开探查取石、T管引流术。术后仅5例出现切口感染,术后胆管炎复发9例(31.0%),再手术5例(17.2%),治疗效果有所提高。

参考文献:

- [1] 顾奇云,俞冬,盛林林. 217例肝胆管结石治疗体会[J]. 肝胆外科杂志, 2006,14(1):32-34.
- [2] 何效东,崔泉,赵晓雷,等. 肝切除术治疗肝胆管结石316例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2007,16(2):111-113.
- [3] 吴金术,彭创. 肝胆管结石综合诊治体系[J]. 中国医师杂志, 2007,9(9):1153-1155.
- [4] 吴孟超,仲剑平. 外科学新理论与新技术[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1998:374.
- [5] 卢绮萍,史陈让,张兆林. 肝胆管结石术后择期再手术58例原因分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2003,9(12):723-725.
- [6] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社, 2000:628.
- [7] 韦杨义,王永恒,黄秉一,等. 多发性肝胆管结石及狭窄的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2002,11(10):595-597.
- [8] 韩本立. 肝胆管结石外科治疗的手术策略[J]. 肝胆外科杂志, 2000,8(4):246-247.
- [9] 许亮. 肝切除治疗肝胆管结石并狭窄[J]. 中国普通外科杂志, 2007,16(7):624-626.