

·小儿外科·

改良囊肿切除肝管空肠 Roux-Y 吻合术 治疗先天性胆总管囊肿

刘大林, 谷兴琳

(南京医科大学附属南京儿童医院普外科, 江苏 南京 210008)

[摘要] 目的 探讨治疗小儿先天性胆总管囊肿的手术方法。方法 本组 30 例, 男 12 例, 女 18 例, 年龄 14 月至 6 岁, 均采用改良囊肿切除、肝管空肠 Roux-Y 吻合术治疗。结果 30 例均痊愈出院。随访 3 个月至 5 年, 未出现腹痛、黄疸、发热等症状。经 B 超检查, 未见胆管狭窄; 6 例消化道钡餐检查未见钡剂返流入肝管空肠吻合口。结论 改良囊肿切除、肝管空肠 Roux-Y 吻合术是治疗先天性胆总管囊肿的较好方法。

[关键词] 先天性胆总管囊肿; 改良; 肝管空肠; Roux-Y

[中图分类号] R657.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)06-0655-02

先天性胆总管囊肿(congenital choledochal cyst, CCC)是小儿外科最为常见的胆道系统疾病^[1], 由于其造成胆汁引流受阻, 多采用囊肿切除、胆道重建术治疗^[2]。随机选择我院 1995 年 9 月至 2000 年 9 月收治的 CCC 患者 30 例, 采用改良囊肿切除、肝管空肠 Roux-Y 吻合术治疗, 取得了比较满意的效果。

1 临床资料

1.1 病例选择方法

选择普外科肝胆病房一个治疗组收治的病人作为改良术式治疗对象, 其它治疗组收治的 CCC 病人采用囊肿切除、胆道重建术。

1.2 一般资料

30 例 CCC 病人, 男 12 例, 女 18 例, 其中最小 14 月, 最大 6 岁。术前间断性腹痛 25 例, 黄疸 6 例。B 超和 CT 检查均提示先天性胆总管囊肿, 术前行 PTC 检查 4 例。

1.3 手术方法

右肋边缘下至脐下 2 cm 经腹直肌切口, 充分暴露胆总管囊肿。在囊肿充盈的状态下分离囊肿与十二指肠及周围组织间隙, 游离囊肿壁。在胆囊颈处逆行电切胆囊, 止血后牵拉提起胆囊。在胆囊颈与胆总管汇合处下方穿刺吸引胆总管内容物送培

养。纵行切开胆囊颈, 并向胆总管外下后方切开胆总管, 显露肝总管。组织钳沿肝总管一圈提起, 保留肝总管 0.5 cm, 电刀切除胆囊, 并沿提起的肝总管切断囊肿与肝总管的联结, 分离肝总管使其便于吻合。完整剥离囊肿, 在明确未损伤胰管的情况下, 结扎胆总管末端, 并电灼残留组织。切除囊肿后的创面使用电凝止血, 部分病人加用活性止血凝胶或止血贴, 并折叠缝合创面。距曲氏韧带 15 cm 处切断空肠, 空肠远端与肝总管行端端吻合。保留空肠胆管袢 30~35 cm, 空肠近端与胆管袢末端侧侧吻合, 并沿肠纵轴浆肌层缝合 4~5 针, 确保使之并行 5 cm 左右, 形成 Y 型。空肠胆管袢支距肝总管空肠吻合口 10~15 cm 处完整切断胆管袢浆肌层, 保留粘膜层。在浆肌层和粘膜层分界处上行各潜行 1~1.5 cm, 将粘膜层突入胆管袢使之形成瓣膜, 再在原位间断缝合切断的浆肌层。

2 治疗结果

30 例均痊愈出院。随访 21 例(余为近期临床手术病人), 最长随访 5 年, 最短 3 月, 平均 2 年, 未见患儿有腹痛、黄疸、发热等胆道逆行感染症状; B 超检查未提示肝内外胆管扩张, 未见胆道狭窄; 消化道钡餐检查 6 例, 未见有钡剂返流进入肝管空肠吻合口。

[收稿日期] 2001-06-30; [修回日期] 2001-09-07
[作者简介] 刘大林(1953-), 男, 大学, 副主任医师, 科主任。

3 讨论

先天性胆总管囊肿是儿童常见的胆道畸形,可造成胆道的反复感染、胰腺炎、结石、甚至癌变。病变的演变可使肝脏遭受渐进性损害,因此一经确认即需手术。囊肿切除、胆管重建已被公认为理想的手术。作者在囊肿切除、肝总管空肠 Roux-Y 吻合术的基础上,对原手术方法进行了改良。

完整切除囊肿为最佳手术方案,已为大多数学者所认同,但实际操作中却往往存在诸多困难。由于反复胆道炎症造成囊肿与周围组织粘连,切除时出血并易损伤周围组织,加之部分病人有可能存在胆管开口异常,更加重了切除的难度。本组选择在囊肿充盈期分离囊肿与周围组织,可以有效的减少手术难度。既往多吸出囊内容物后中间横断剥离囊壁,但实际操作过程中由于吸出囊液致囊壁萎缩,囊壁和十二指肠间的间隙不清,加重了中断剥离的困难和出血,而在囊肿充盈的情况下,原有的解剖关系明确,分离间隙较为方便,基本不易造成十二指肠和周围组织的损伤,同时充盈的囊肿本身还可起到局部压迫止血的作用。

电刀分离胆囊床后牵拉提起胆囊有助于区分囊肿与周围组织的解剖关系,经胆囊颈切开并向胆总管外下后方切开胆总管囊肿可以最大限度的避免损伤周围组织并有助于显露肝总管。在保留 0.5~0.8 cm 的基础上提起肝总管一圈,先检查左右肝管开口与肝总管的解剖关系再切除胆囊,切断囊肿与肝总管的联结,一方面可以避免损伤异位开口的肝管,另一方面由于肝总管一圈相对囊壁中段较小,中段相对容易操作。另外,自联结处离断囊壁,逆行剥离囊肿可以保证切除的完整性,减少出血和胰管的损伤。

胆总管囊肿重建胆道术后吻合狭窄是再手术的原因之一^[3],保持吻合口的通畅是减少吻合口上端反复胆道感染及形成结石的重要手段^[4]。改良术式保留了肝总管开口周围 0.5~0.8 cm 的组织,使肝总管开口呈喇叭状,从而保证了肝总管与空肠吻合口的足够宽度。空肠胆管袢近端与肝总管末端吻合后,利用空肠浆肌层与吻合口上方肝总管周围组织加固缝合,使吻合口套入空肠浆肌层组织,有助于吻合口的可靠性,并可有效防止胆瘘。

胆道重建术破坏了胆总管原有的解剖结构,为了减少手术并发症,许多学者进行了潜心研究。过短的胆道袢不足以抵消肠道的压力,长达 40 cm 的胆管袢防止进行逆行感染仍不可靠。若胆管袢过长可造成袢迂回扭曲,使胆汁潴留,影响胆汁排泄,甚至有造成肠坏死的报道。目前多数学者倾向于胆管袢保留 30~35 cm 为宜。为了能抗返流,许多学者设计了不同的防返流方法,如矩形粘膜瓣、人工套叠瓣等,但仍有部分患儿术后出现返流及因此而产生的手术并发症。本组织保留空肠胆管袢 30~35 cm,在空肠近端与胆管袢末端吻合口沿肠纵轴浆肌层缝合 4~5 针,确保形成 Y,增加了肠内容反流的困难,同时在 Y 形成的基础上,再在空肠胆管袢距肝总管空肠吻合口 10~15 cm 处完整一圈切断胆管袢浆肌层,保留粘膜层。而且将粘膜层突入胆管袢使之形成瓣膜,并在原位缝合浆肌层是重要的改良。其主要作用为:①切断胆管袢逆蠕动中轴,中断逆蠕动;②突入胆管袢的粘膜层,增加了返流物通过胆管袢的难度,部分起到瓣膜的作用,减轻胆管袢浆肌层切断处上端的压力,防止反流物直接进入肝管空肠吻合口;③浆肌层切断缝合后创伤造成局部组织粘连,减少了胆管袢迂回扭曲及因扭曲造成肠坏死的发生机会。本组 30 例,术后均经 B 超检查未提示因胆管袢浆肌层原位切开缝合造成肝内外胆管狭窄或扩张。6 例术后 1 年行消化道钡餐检查,5 例未见返流,1 例出现轻度返流,但返流物至胆管袢浆肌层切断缝合口处终止,未再造成进一步的返流物上行。钡餐检查提示胆管袢浆肌层切断缝合有助于先天性胆总管囊肿胆管重建术后的抗返流。

【参考文献】

- [1] 林清,陈佛来,李志霞,等.先天性胆总管囊肿手术的历史演变探讨合并胰胆管分流异常的 CCC 现代外科治疗(附 30 例分析)[J]. 中华肝胆外科杂志,2000, 6(6): 403-406.
- [2] Raffensperger J. The use of a spur valve in a Roux loop to prevent reflux into the biliary tract [J]. J Pediatr Surg, 2000, 35(6): 1014-1015.
- [3] 张永杰,钱光根,张柏和,等.先天性胆总管囊肿多次手术 45 例分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2000, 6(6): 409-412.
- [4] Fu M, Wang Y, Zhang J. Evolution in the treatment of choledochus cyst [J]. J Pediatr Surg, 2000, 35(9): 1341-1347.

(本文编辑:俞燕)