肝叶切除治疗肝内胆管结石的探讨

Discussion on the treatment of hepatolithiasis with hepalobectomy

杨学涛,孟 镔,宫绪萌,赵 凯,胡亚楠,洪 昕,张 智 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 肝叶切除术;肝内胆管结石;手术
[中图分类号] R657.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)04-0316-01

肝内胆管结石是肝胆外科常见的难治性疾病,其治疗原则为解除梗阻、去除病灶、通畅引流[1]。目前,肝叶切除术已逐渐成为治疗肝内胆管结石病最有效的方法之一[2]。我院附属医院及教学医院自2005年5月至2009年5月,采用以肝叶切除为主的联合手术治疗肝内胆管结石病患者31例,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组行肝切除术患者31例,其中男14例,女17例。年龄34~65岁,平均51岁。既往有胆道手术史8例。术前行B超、CT、PTC、ERCP和MRCP等检查,13例肝内结石位于左外叶,9例位于左半肝,5例位于右后叶,2例位于右前叶,1例位于左外叶及右后叶,1例位于左外叶及右前叶。

1.2 手术方法

根据结石分布、胆管狭窄部位及病人的耐受情况,采用肝叶切除为主的联合手术治疗。13例行左外叶肝切除,9例行左半肝切除,5例行右后叶切除,2例行右前叶切除,1例行左外叶和右后叶联合切除,1例行左外叶和右前叶联合切除。本组7例术中使用B超定位,明确结石位置并确定取石方案。3例术后有残留结石,又行纤维胆道镜取石。

2 结果

本组无手术后死亡病例。全部患者均随访6个月至2年。术后发生并发症11例,其中切口感染8例,通过应用敏感抗生素、通畅引流等治疗后痊愈;肝功能不全1例,经积极保肝治疗后好转;胆瘘2例,保持胆汁持续、充分引流后痊愈。术后经B超检查发现结石残留者5例,2例行保守治疗,3例行纤维胆道镜取石,均痊愈。

3 讨论

手术中肝门部的结构难以暴露,通常沿胆总管向上逆行寻找肝总管,再小心寻找左右肝管及肝内小叶胆管,切开肝总管时插进可弯性圆头探针或圆头细硅胶管,沿其导向在直视下切开胆管取出结石,也可根据肝内胆管病变在肝脏表面的表现,切开部分病变肝组织,再游离肝门部结构。同时,还可采取包膜下分离术、正中裂分离术等术式暴露肝门部胆管。非规则性肝切除,可根据萎缩的肝组织与代偿增大的健肝间界限为标志进行离断,尽可能保留有功能的肝组织,对与周围血管粘连的病损肝组织也不行规则肝切除术,否则易造成难以处理的出血。至于不规则性肝切除容易残留结石,可以通过术中细致地探查取石以及术后胆道镜取石来弥补。为了减少术后肝功能不全的发生,术中要间歇阻断肝门,以切除肝脏的总体积不超过右半肝或不超过肝左外叶加右后叶的体积为原则[3]。尽可能不行胆肠吻合术,因为该术式容易引起胆道流体力学的改变,从而导致胆道感染,有再次形成结石的可能。术中肝断面要严密止血,可将大网膜覆盖缝扎其断面,并进行充分引流。

术后应加强基础支持及动态监护。不仅术前要控制感染,术中尽量避免污染,充分有效地引流肝断面及腹腔,常规留取胆汁作细菌培养,术后还应大量、联合运用敏感抗生素控制感染。部分患者因肝叶切除时断面胆管遗漏结扎或大块结扎、膈下及肝断面感染、窦道形成不全等因素的影响,术后会出现胆漏,该类患者以保守治疗为首选,即给予及时、充分、通畅的引流及抗感染支持治疗,待炎症局限化,瘘管完整形成后,才逐渐拔管。如经保守治疗无效,应根据病情选择手术治疗。手术治疗仍以引流为主,腹腔内可放置多根引流管,但须保持引流管通畅。对术后出现腹痛、发热、黄疸等症状的患者,需高度警惕胆道残留结石。带T管的胆道残留结石首选胆道镜取石,不带T管的术后胆道残留结石的治疗应根据结石的数量和大小以及是否存在胆道梗阻和感染等情况而定,结石小、症状轻、胆道无明显梗阻时,可先行保守治疗,如口服硫酸镁、利胆药等,症状明显时术者可根据患者的耐受情况行经内镜乳头气囊扩张取石、内镜括约肌切开取石等术式治疗。

[参考文献]

[1] 随 凯,何茂良,廖国庆. 肝内胆管结石并发胆管狭窄的治疗[J]. 局解手术学杂志, 2008, 17(1): 32.
[2] 吴金术,彭 创,成 伟,等. 难治性胆石病的外科手术经验[J]. 中华消化外科杂志,2009,8(3):187-189.
[3] 周飞国, 刘才峰, 黄 亮, 等. 多处肝切除治疗复杂肝胆管结石病的并发症分析及防治[J]. 肝胆胰外科杂志, 2009, 21(2): 110-112.

(编辑:雷 艳)

[收稿日期] 2010-04-10 [修回日期] 2010-05-16