维普资讯 http://www.cqvip.com

Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1998, Vol. 7, No. 2

先天性胆总管囊肿的外科治疗探讨

翁伟建* 候培越* 谢 兵* 陈昭明* 姜兆候* 叶光华** G. Mantion***

提 要 本文总结了5年来对先天性胆总管囊肿患者采用胆总管囊肿切除重建胆道内引流术式19例，取得满意疗效。

关键词 先天性胆总管囊肿 囊肿切除 胆道内引流术

胆总管囊肿为先天性发育畸形，多在小儿时期发病，一经确诊必需早期治疗。以往采用囊肿与十二指肠或空肠直接吻合建立胆肠内引流，有造成胆管炎，胆汁性肝硬变等诸多的弊端。尤其后期癌变率较高[1,4]。近5年来我们采用了胆总管囊肿切除，重建胆道内引流术式19例，并做了随访，取得了较满意的疗效，现报道如下。

一、一般临床资料

本组19例，男4例，女15例，男女之比为1：3.5，年龄3～49岁，平均26岁，其中6岁以下者11例，占57.8%。

本组均具有较为典型的胆总管囊肿的临床表现，并以B超检查19例，CT检查12例，ERCP检查10例，PTC检查4例，而获得确诊。囊肿最大直径和长度由2.5cm×1.5cm～20cm×15cm不等，其中5例发现囊肿下端胆胰管通道异常和狭窄。

二、病理分型与病理所见

根据1977年Todani提出的分型法[4]，胆总管囊肿共分5型，本组属Ⅰ型（外胆管梭形囊性扩张或称胆总管囊性扩张症）15例（80%），Ⅱ型（肝外胆管室）2例（10.5%），Ⅳ－A型（肝内和肝外胆管多发性囊肿）1例（5.3%），以及Ⅳ－B型（多发肝外胆管囊肿）1例（5.3%）。全部标本光镜下所见囊壁呈典型的慢性炎症改变及纤维组织增生，大部分有粘膜内衬上皮脱落，部分细胞伴有不同程度的不典型性增生，部分肝脏活检病理呈不同程度的胆汁性肝硬变改变。

三、手术方式

（一）急诊外引流术：对合并有急性胆管炎者，入院后1～2周不能药物控制感染或因囊肿外伤破裂而入院的病人，应先作外引流术，部分病例可采用B超引导下经皮肝穿刺胆道置管引流（PTCD），3周后待炎症消退，再行二期手术治疗。

（二）择期手术术式：对病情许可，不合并急性化脓性胆管炎，肝功能没有严重损害，能够耐受手术者，我们均采用了囊肿切除、胆道重建术，常用的术式有以下四种。

1. 囊肿切除、肝总管空肠Roux－Y吻合术：囊肿切除后，在距Treitz韧带25～30cm处切断空肠，远端空肠经结肠后与肝总管行端端或端侧吻合术。在此吻合口以下30～40cm处行空肠空肠端侧吻合，恢复消化道连续性。此术式易行，本组采用了3例，远期效果尚好，但有时可出现返流现象。

2. 囊肿切除、肝总管空肠Roux－Y吻合加空肠胆管支矩形活瓣术：该术式基本同第一种，只是在胆管空肠支远端吻合口上方一段5cm肠段的内侧壁剥去浆肌层，然后将此部分与胃十二指肠支相当的内侧部分并列缝合一起，使引流胆汁空肠下段形成一个矩形活瓣，空肠与空肠吻合口要取横形吻合。本组用此术式12例，其中10例术后经钡餐检查未见返流现象，全部随访3个月～5年，未发现有胆管炎现象。

3. 囊肿切除、肝总管十二指肠吻合术：此术式符合生理要求，胆汁直接进入十二指肠，要求肝总管有足够的长度，否则张力过大，术后断裂

* 作者单位：528200 广东省南海市中医院外科
** 兰州医学院附一院普外科
*** 法国官代大学医学院 Joneazon 医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

发生胆瘘。如肝肠吻合口过小，则引流不畅，过大则易发生食物返流及胆管炎。本组行此术式2例，有返流现象出现。

4、囊肿切除、间置空肠、加人工乳头成型术[3]：取一段空肠，长约10～15cm、一端与肝总管吻合，另一端做成人工乳头，插入十二指肠第二、第三段效界处进行吻合。此术式符合解剖生理要求，本组采用此术式2例，术后钡餐检查无返流现象、随访2年效果良好。

四、讨论

先天性胆总管囊肿一旦确诊，宜尽早手术治疗，这对于预防囊肿癌变有积极意义。早年多采用囊肿——肠道内引流术。由于各种内引流手术后仍有可能癌变、80年代以来绝大多数学者推崇胆管囊肿切除术。我们体会胆管囊肿手术中应注意以下原则：①尽可能全部切除囊肿，因残存的囊壁仍有癌变的机会，但是胆总管下段囊肿累及胰腺段时，完全切除较困难、不要免强，使用囊内切除法切除囊肿可避免损伤之危险[5]。②合理重建胆肠通道、既要防止肠内容物返流，又要避免吻合口狭窄，以胆管空肠Roux—Y吻合加空肠胆管支矩形活瓣术或间置空肠人工乳头胆管十二指肠吻合较满意。③胆胰管分流，设法阻止胰液返流入胆道。

（一）单纯内引流术存在诸多的弊端。内引流比囊肿切除虽较简单，损伤小，但作为病灶本身的囊肿由于反复发作感染，使囊壁增生、肥厚并与周围器官紧密粘连，使各种形式的囊肠吻合内引流均不能消除囊腔内的感染，成了潜在感染源，加上内引流术有时难以获得通畅引流，肠液、胰液返流不能解决等诸多因素，会加重囊壁感染的机会，出现胆管炎症状，反复炎症刺激又使得吻合口更易发生瘢痕狭窄，此外囊肿的存在、本身就存在着癌变的潜在危险、国外报道先天性胆总管囊肿的癌变率在2、5%～15%之间[2,4]，是正常人群的20倍，国内统计为3.3%。因此囊肿切除是十分必要的、而单纯内引流只适应于新生儿及肝功能严重损害，不能耐受复杂手术者。

（二）关于解决逆行感染及返流问题的探讨。囊肿切除后、采用肝总管空肠Roux—Y吻合，肠内容物返流，引起上行感染，是目前影响手术远期疗效的一个主要问题。近年来不少学者提出在引流胆汁的肠道上做成各种形式的瓣膜以阻止肠内容逆流。本组主要采用Roux—Y吻合加矩形瓣及间置空肠加人工乳头成型重建胆道术式。两种术式均收到较为满意的效果。

（三）囊肿切除、肝肠Roux—Y吻合加矩形瓣，使得胰胆分流，由此解决了囊肿及胰胆合流而引起的一系列问题、使得病员得到治愈、对防止症状复发和癌变起着重要作用。可适用于各个年龄组，但肝管空肠Roux—y吻合术后，由于胰胆分流使食物和胆汁在中部空肠才能接触，对消化吸收不利。另外由于术后胆汁不经十二指肠，十二指肠内只靠胰液中和胃酸，使酸度增高，加之由上部空肠的肠相的胃液分泌抑制降低，理论上易并发十二指肠溃疡，国内外也均有这方面的病例报道。Author报告97例肝管空肠的Roux—Y吻合，其中10例发生消化性溃疡[2]。本组虽未发现，但随访时间短，病例少。间置空肠、人工乳头成型术从设计上比较符合生理要求，术后食物仍能在十二指肠内和胆汁混合，脂肪能及时被乳化，有利于胰腺酶的消化，并保持了胃肠道正常的酸碱度，从而有效地避免了消化性溃疡的发生，但手术较为复杂、只适合于6岁以上的病例。

参考文献

1. O'Neill JA. Choledochal cyst. Curr Probl Surg, 1992,29:365.
2. Joseph VT. Surgical techniques and long—term results in the treatment of choledochal cyst. J Pediatr Surg,1990,25:782.
3. Iope RR, et al. Variation in managment based on type of choledochal cyst. Am J Surg, 1991,161:612.
4. Todani T, et al. Choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet, 1987,164:61.
5. 王燕震，等. 中华小儿科外科杂志，1988,9:65.

（收稿：1998—01—22）