维普资讯 http://www.cqvip.com

先天性胆总管囊肿4例诊治体会

范以群*

先天性胆总管囊肿临床上较为少见，笔者从1971年至1991年20年中遇到4例，现将诊断和治疗体会报告如下。

一、一般临床资料

4例患儿中，男1例，女3例，年龄最小5岁，最大9岁，有1～2年间歇发烧、黄胆腹痛的病史，曾按肝炎治疗过。入院检查：仅巩膜黄染1例，皮肤粘膜及巩膜均有黄染者3例，右上腹均有压痛但无肌紧张，右上腹可触及肿块，3例肿块呈囊性感，1例肿块呈坚实感。4例X线钡餐检查：正位片：可见胃受压向左移位，十二指肠肠腔扩大。侧位片：可见胃、十二指肠受压向前移位。4例B超检查显示：右上腹肝门部有一囊性包块，肝功能检查2例正常，2例谷丙转氨酶轻度升高。

术中所见：按Todom分类法：Ⅰ型(胆总管囊性扩张)3例，Ⅱ型(胆总管憩室)1例，囊肿最大者直径约15cm，最小者直径约8cm，囊肿壁厚3—6mm，色泽黄褐，质地坚韧，囊腔内含墨绿色胆汁。胆总管憩室1例作了憩室切除术，胆总管囊性扩张3例，其中2例作了胆总管囊肿、十二指肠侧侧吻合，另一例因囊肿体积大作了囊肿空肠侧侧吻合术。术后随访3～5年，行胆总管憩室切除者和胆总管囊肿、十二指肠吻合术者效果满意，而行胆总管囊肿、空肠吻合术患儿术后8个月又出现腹痛、呕吐、发烧、黄疸等症状，且间断发作，保守治疗半年无好转，又2次手术，拆除原来吻合口，改作Roux—y式囊肿空肠吻合术，临床症状才消失。

二、讨论

(一)诊断：对从幼年时开始间歇性出现黄疸、腹痛和右上腹包块的患者要考虑为先天性胆总管囊肿。由于肝炎比较流行，小儿发生黄疸时尤其对于囊肿体积不大，扪诊肿块不清楚者很易诊断为肝炎，肝功能测定有助于鉴别，急性肝炎患者血清转氨酶(GPT、GOT)均明显升高，可达500单位左右，絮状试验、浊度试验常有异常，而先天性胆总管囊肿患儿肝功能基本正常。本组4例患儿肝功能测定，有2例正常，有2例仅谷丙转氨酶轻度升高在100单位以下。此外还可通过上消化道造影和B超检查加以鉴别。如上消化道造影见十二指肠向前向内移位呈一很宽C字肠襻，B超检查见肝门部位有一囊性包块者，应考虑为胆总管囊肿而进行剖腹探查。

(二)治疗：胆总管囊肿的保守治疗死亡率高达97%，所以唯一有效治疗是外科手术。对Ⅰ型囊肿应该切除。对Ⅰ型囊肿在技术允许的条件下尽可能将胆总管囊性扩张部分全部切除。然后可作Roux—y胆总管(或肝管)空肠吻合术，或是胆总管(或肝管)十二指肠吻合术。囊肿切除术不利的方面是，手术时间长、剥离范围广泛、出血多，有损伤肝动脉、门静脉和胰管的危险，婴幼儿多不能耐受，如果切除囊肿在技术上不可能，应该进行囊肿内引流术。囊肿内引流术有囊肿、十二指肠吻合术，囊肿、空肠吻合术和Roux—y式囊肿、空肠吻合术。据文献报道内引流术有近50%的病人术后出现并发症，主要原因是：囊肿壁缺乏上皮又无收缩功能，日后吻合口容易狭窄，造成胆汁滞留，此外食物可返流进入囊内发生上行性感染，导致囊内结石、胆管炎、胰腺炎等。为使手术获得良好效果避免并发症，又须注意：(1)囊肿的吻合部位应该在囊肿的最低处。(2)吻合口必须宽大。对囊肿体积不大的可作囊肿、十二指肠吻合术，对囊肿体积较大，囊肿的最低部位距十二指肠降部较远，如作囊肿十二指肠吻合术难于引流囊肿最低点者，则应作Roux—y式囊肿空肠吻合术。至于囊肿空肠吻合术是绝不可取的，因术后极易发生食物返流；发生残囊感染和上行性胆管炎。本组有一例曾作了囊肿空肠吻合术，术后8个月又出现腹痛、呕吐、发烧、黄疸，经2次手术改作了囊肿Roux—y式囊肿空肠吻合术，才使临床症状消失，是一个很好的教训。

(收稿：1997—06—10)

* 作者单位：030900 山西省祁县人民医院