维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第5期
J Regional Anst & OPerative Surg, 2006, Vol.15, No.5

双胆囊管畸形2例

康俊升,聂 磊,王 焱,何少武,乔 峰 (解放军88医院普外科,山东 泰安 271000)

[关键词] 胆囊管;胆囊炎;先天畸形
[中图分类号] R657.4 [文献标识码]B [文章编号] 1672-5042(2006)05-C003-01

双胆囊管变异临床罕见,发病率为0.025%,常开口于胆总管或十二指肠,也有变异至幽门者。若对双胆囊管变异病人行胆囊切除时,如未仔细探查,则遗留的远端胆囊管较长,术后可引起再生性小胆囊综合征或胆囊切除后残株炎,近端的胆囊床内仍有细小胆管未被结扎而致术后胆漏。

1 临床资料

病例1:患者男性,68岁,因右上腹痛反复发作10年入院。曾诊断为胆囊及胆总管结石于2年前在外院行内镜下十二指肠乳头括约肌切开取石术,术后症状无明显缓解。查体:右上腹深压痛;MRCP提示胆总管轻度扩张、胆囊炎伴胆囊结石。入院诊断:胆囊结石伴慢性胆囊炎。入院后在静脉复合麻醉下行腹腔镜手术,术中见胆囊三角局部由于慢性炎症质地韧,难以分离。勉强分离胆囊三角,即发现右肝管位置有胆汁溢出,遂术中转开腹,进一步探查,胆囊内可扪及胆囊内多枚结石,胆囊管与肝总管并行且粘连较重,有1枚直径约5 mm的结石嵌顿于胆囊管进入胆总管处,胆囊内侧与右肝管之间的第二胆囊管直径约3 mm,已离断,剪开胆总管见胆囊管结石嵌顿处与胆总管已形成小的内瘘,胆总管内胆汁混有反流的肠液及细碎结石。探查毕,决定行胆囊切除、胆总管横断、胆总管-空肠Roux-en-Y吻合术。术后病理:双胆囊管畸形,胆囊结石,慢性胆囊炎。

病例2:患者女性,21岁,因反复发作右上腹胀痛半年、加重10余天入院。查体:腹部平软,右上腹压痛。B超示:胆囊内可见细密点状回声,胆囊颈部可见大小约13 mm×7 mm强回声光团,后伴声影。MRCP显示:胆囊增大,胆囊颈部见有直径约1.0 cm类圆形充盈缺损,胆总管扩张,胆总管内未见明显异常充盈缺损。提示:①胆囊炎并胆囊颈部结石;②胆总管扩张,考虑胆总管炎症。诊断:胆囊结石,慢性胆囊炎。遂在静脉复合麻醉下行腹腔镜下胆囊切除术。术中见胆囊壁厚,水肿明显,胆囊张力较高,呈急性炎症外观,胆总管直径约1.0 cm,张力不高。胆囊顺利切除,病理显示:胆囊急慢性炎并胆结石,部分区域胆囊粘膜表浅溃疡坏死。术后第二天出现右下腹疼痛,查体:右下腹压痛、反跳痛,B超示:右下腹可见不规则液性暗区,范围约5.7×8.5 cm。遂在B超引导下行腹腔穿刺,抽出胆汁样液体约320 ml。但2 d后腹痛症状复现,且B超提示除右下腹积液外,肝脏右前叶周围可见约10 cm×3.4 cm大小的液型暗区。考虑胆瘘,再次行开腹手术,见腹腔内胆汁约500 ml,见原钛夹无移位、脱落,胆囊管上方约6 mm处可见一小胆管间歇溢出胆汁,直径约1 mm,予以缝扎,去除胆囊管的钛夹行胆道造影,见无胆汁外溢,胆总管通畅,造影剂进入十二指肠。

2 结果与讨论

2例病人术后恢复良好。双胆囊管畸形属于较为少见的胆道畸形,如缺乏认识,容易造成胆瘘等严重手术并发症。病例1在感觉腹腔镜手术把握不大的情况下,及时中转开腹可以避免胆瘘及胆总管损伤等严重并发症。病例2因为在手术时局部炎症比较明显,较小的迷走胆管难以发觉,或者当时被电钩烧灼暂时封闭,但手术后即逐渐出现胆汁外溢的临床表现,此时不应怀有侥幸心理而是应该果断开腹二次手术,以避免更为严重的后果。

[收稿日期] 2006-06-20 [修回日期] 2006-08-18

(编辑:朱志立)

原发性腹膜后肿瘤78例手术治疗体会

林大富,涂永久,冷建军,陈 战,高传文,刘 冬 (解放军第174医院普通外科,福建 厦门 361003)

[关键词] 腹膜后肿瘤;原发性;手术
[中图分类号] R735.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-C003-02

原发性腹膜后肿瘤(primary retroperitoneal tumor,PRT)临床上并不罕见,一旦发现,多为晚期,大多数为恶性[1-2]。我院1980年1月至2005年12月共收治PRT 78例,均手术治疗及病理证实,本文就其手术治疗体会报道如下。

1 临床资料

本组78例,其中男45例,女33例,年龄16~78岁,平均39岁,病程10 d至3个月,平均病程30 d,肿瘤直径7~36 cm,直径在10 cm以上的占65%。病理诊断:恶性50例,占64%;良性38例,占36%。

2 治疗与结果

本组均行手术治疗,良性肿瘤28例中,切除25例,占

[收稿日期] 2006-07-01 [修回日期] 2006-09-04

维普资讯 http://www.cqvip.com

89%;部分切除3例,占11%。恶性肿瘤50例中,全部切除27例,占54%;部分切除12例,占24%;探查加活检11例,占22%。全组2次手术6例,3次手术2例,全组中联合脏器切除5例,主要是侵犯结肠2例,小肠1例,大网膜1例,脾胰尾1例。无法切除病例主要是肿瘤巨大,转移及累及大血管。术中无死亡病例,术后复发8例,均再次及多次手术治疗。

3 讨论

原发性腹膜后肿瘤(PRT)手术前对并存症的处理,如有高血压、高血糖一定要控制在理想范围内,以免术后发生此类并发症。备血要充足,要备有合并器官、组织切除的器械与相关科室事先会诊以取术中配合。肠道准备以往3 d,现在仅1 d准备即可。准备血管吻合、修补以及移植的材料,术中快速冰冻病理检查等。PRT手术适应证:①凡是PRT均应手术探查,有利于确诊和指导日后治疗;②手术探查时未能切除肿瘤,术后经放疗或化疗,肿瘤明显缩小并估计可能切除时,可再次手术探查;③PRT手术后复发者,若无禁忌证时应积极2次或多次手术,本组有8例病人,行2次或多次手术。PRT手术的禁忌证是全身衰竭恶液质不能耐受手术,严重心肺疾患,远隔部位确定由恶性肿瘤转移,大量血性腹水者。

腹膜后间隙有丰富的血管、淋巴管、神经和主要组织器官,当肿瘤体积较大时,易致间隙解剖关系变异,给手术带来困难。本组有5例病人与结肠、小肠、脾胰尾致密粘连等行联合切除重建术,无发生并发症,对术中肿块大搞不清楚,绝对不要盲目剥离,剪切或操作时动作粗暴,撕裂瘤床,引起大出血,所以一定要熟悉腹膜后解剖,术中辨认因肿瘤引起的解剖变异的重要性。PRT手术切除应灵活掌握手术方式。本文认为对腹膜后肿瘤有完整包膜,能切除的应作一期全切除,本组48例,占61%,对部分较大肿瘤和较多液体或巨大液腔,手术分离困难,应先行粗针时穿刺瘤体,确定后,可切开抽吸液体,缩小肿瘤体积,利于分离和切除,避免了损伤周围器官,本组有8例。对包膜完整瘤床已经大部分纤维化,与周围组织广泛粘连,硬性分离,会引起广泛出血,应采取包膜内肿瘤切除手术,对于高度恶性,无完整包膜且浸润较深的应做整块切除加淋巴结清扫,本组有6例。如肿块广泛固定,整块切除已不可能,应作减瘤术或活检术,并银夹固定标志,以便术后综合治疗[3]。为防止术后复发及二、三次手术,作者体会是术后第1年应每隔3个月行B超及CT检查,力争在复发早期及时发现,术后发现及早再次手术。本组6例行二次手术,2例3次手术,均在症状不明显时,对复发后力争积极手术。防止术后复发,主要在于手术要彻底,尤其是应重视瘤床的完整切除和淋巴结清扫,术中创面应大量蒸馏水缓慢冲洗,减少复发。根据病理类型术后辅以化疗和(或)放疗等。

[参考文献]

[1] 胡晓东, 郑 伟, 罗成华, 等. 原发性腹膜后肿瘤352例临床分析[J]. 解放军医学杂志,2004,29(3):258-260.
[2] 曹 晖,赵恩昊,孙勇伟,等. 原发性腹膜后肿瘤71例的诊断和治疗[J]. 中华普通外科杂志,2005,20(9):575-577.
[3] 代云群,王少龙. 肠内和肠外营养对上消化道肿瘤术后肠瘘患者的临床应用研究[J]. 局解手术学杂志,2005,14(6):371-373.

(编辑:郭光金)

《局解手术学杂志》简介

《局解手术学杂志》是全国唯一的局部解剖学与临床外科手术学相结合的杂志。国际标准刊号:ISSN 1672-5042,国内统一刊号为:CN50-1162/R,双月刊,主要刊登人体解剖学、应用解剖学、断层解剖学及临床外科手术学的基础理论、实验及临床研究。设置的栏目有:专家述评、科研论著、教学研究、经验交流、综述与讲座、短篇与个案、手术方法改进、国内外本领域研究动态等。本刊稿件刊出周期短,大16开,72页,彩色铜版纸印刷,每逢双月的25日出版,每册定价:12.00元,全年72.00元(含邮资费)。

地 址:重庆市沙坪坝区高滩岩正街30号第三军医大学局解手术学教研室《局解手术学杂志》编辑部

联系人:张天飞 同志收 **邮 编:400038** **电 话:023-68752251,68752250**

传 真:023-68752250 **E-mail:**guogjin@yahoo.com.cn

敬告订户:本刊由重庆五湖印务有限公司承印,如有印刷和装帧质量不合格者,请直接寄回公司更换

地址:重庆市高新区石桥镇白合村桃子林社 电话:(023)68662064 邮编:400041