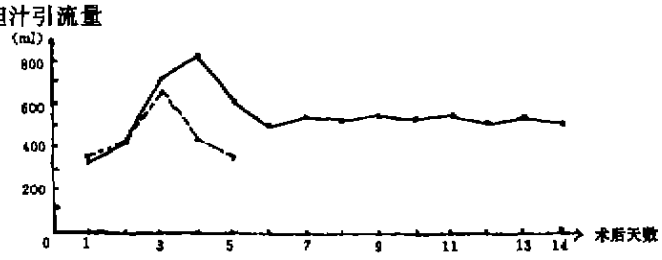
维普资讯 http://www.cqvip.com



14例，其中男性8例，女性6例，年龄46～66岁。分为两组，观察组6例，对照组8例。术中证实胆总管远端通畅，放置T型引流管，术后T管与引流袋相接悬吊床边。观察每日胆汁引流量，定期复查血电解质情况。观察组于术后3天将T型管外端抬高至腋中线上10～15cm、术后5天夹闭T型引流管。对照组于术后14天夹闭T型管。

二、结果

T型管引流时间及胆汁引流量见附表。术后每日胆汁引流量的趋势见附图。电解质检查对照组术后一周出现低血钾2例。观察组电解质复查均在正常范围，无不良反应，食欲及食量观察组较对照组有明显改善。




附图 术后每日胆汁引流量变化

附表 T管引流时间及胆汁引流量

| | 平均引流天数 | 平均胆汁引流量 |
|---|---|---|
| 观察组 | 5 | 2390ml |
| 对照组 | 14 | 7650ml |

注：P<0.01

三、讨论

自Kummell及Kehr报告胆总管切开及T管引流以来、本术式已被应用，对胆总管结石、解除梗阻、引流减压、缓解炎症是安全可靠的术式之一。有人主张对胆总管探查阴性或病变较轻的病人行胆总管一期缝合，这样可以减少术后带"T"管的麻烦和痛苦，缩短术后住院时间，减少胆汁、体液丢失，避免术后T管所致并发症。而我们认为胆总管切开探查术后必须常规放置T型管引流，这样可以有效防止术后可能出现的胆漏，预防胆汁性腹膜炎的发生。

人体每日分泌的700～1000ml肝胆汁是重要的含电解质消化液，故胆汁的肝肠循环是保持人体胆酸池恒定的重要环节。胆道手术T型管引流按常规2周后窦道形成经造影胆道正常，夹管24h后无不适，方可以拔管。由于胆汁大量丢失可造成电解质紊乱，酸碱平衡失调，肠道吸收功能障碍，肝功能损害等不良后果。有学者于胆道术后第3～5天，经T型管测定胆道压力及胆汁流量，了解胆道下段是否通畅及oddi氏括约肌张力，以决定早期夹闭T管。我们对胆总管探查阴性或单发结石部分病例术后3天抬高T型外端，胆汁流量明显减少，胆总管远端通畅、胆总管远端炎症水肿已基本消退。早期夹闭T型引流管减少胆汁丢失，观察组平均胆汁丢失较对照组明显减少。故我们认为早期夹闭T型管对于减少电解质丢失、减轻酸碱平衡失调、改善食欲及消化功能有一定的临床意义，有益于病人术后的恢复。此方法不需要特殊设备、仪器，简便易行。

（收稿：2000-01-03）

77P-280 先天性胆总管囊肿 诊断 的外科手术 58

# 先天性胆总管囊肿的诊断与手术治疗

R657.4

杨铁成* 黄继红*

胆总管囊肿是一种先天性胆道畸形，临床多见于小儿，成人较少见。胆总管囊肿合并感染时病人表现腹痛、高热及黄疸，严重者还可穿孔并发腹膜炎及中毒性休克，甚至危及性命。自1979年至1998年间，我们共收治7例，（其中有三例为成人巨大性胆总管囊肿），均经手术治愈，现通过病案分析，结合文献学习将诊治体会报道如下。

一、临床资料

例1，女，2岁。腹痛发热三天，查：巩膜微黄，右上腹触及包块，局部压痛明显，莫非氏征（+）。临床检验：①BWC：20.0×$10^9$/L；②肝功：ALT 25°，其余各项正常，胆红质34.2mmol/L，胃肠透视：十二指肠受压向左移位。术中见胆总管梭形扩张，呈囊状，最大横径3.5cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例2，女，7岁。右上腹阵发疼痛一周，发热及黄染，查：巩膜、皮肤黄染，右上腹触及块并压痛。临床检验：①WBC：18.6×$10^9$/L；②肝功：ALT 30°；③胆红质34.2mmol/L。B超：胆总管扩张，形成囊肿改变。术中见胆总管扩张呈囊状，最大横径4.0cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例3，男，6岁。上腹及右上腹疼痛加重2天，发热。查：巩膜无黄染，右上腹触及包块及压痛。临床检验：①WBC：14.8×$10^9$/L；②肝功：ALT 25°；③胆红质小于17.1mmol/L。B超：胆总管囊状扩张。术中见胆总管囊状扩张，最大横径5.0cm。手术方式：囊肿切除重建胆道后与肠做Roux-y吻合术。

例4，男，3岁，腹痛一天伴呕吐及发热，查：右上腹有压痛并触及包块。临床检验：①WBC：16.4×$10^9$/L；②肝功：ALT 25°；③胆红质小于17.1mmol/L。B超：胆总管囊状扩张。术中见胆总管囊状扩张，最大横径3.5cm。手术方式：胆总管囊肿与十二指肠吻合术。

例5，男，28岁。反复发作性右上腹痛十余年，加重三天，伴发热，恶心呕吐。查：巩膜皮肤黄染，右上腹触及包块并有压

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山钢铁公司立山医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



痛，莫非氏征(+)，包块界限不清。临床检验：①WBC：24.0×$10^9$/L；②肝功：ALT 25°；③胆红质 100mmol/L；④尿三胆、胆红质(+)。PTC 检查：肝内胆管扩张，胆囊萎缩，胆总管呈憩室状囊肿总为：30×20cm。术中见肝脏表面结节性硬化，胆囊萎缩，胆总管呈憩室状囊肿 35×20×10cm 大小，并见一索条状物与十二指肠连接。手术方式：切除胆囊及囊肿胆道重建后与空肠做 Ronx-y 吻合术。术后反复发热及黄疸，多次住院治疗。

例6，女，23岁，上腹及右上腹阵发疼痛9年，加重一个月，伴黄染发热，查：巩膜黄染，右上腹触及包块界限不清，无活动性，有触痛。临床检验：①WBC：16.2×$10^9$/L；②肝功：ALT 30"；③胆红质 34.2mmol/L；④尿三胆、胆红质(+)。B 超：左右肝叶间可见一巨大无回声区，提示：肝巨大囊肿。CT：肝区巨大性囊肿。术中见肝脏上移位表面硬化，胆囊萎缩，胆总管呈憩室状囊肿 30×20×10cm，末端有索条与十二指肠连接。手术方式：切除胆囊及囊肿胆道重建后与空肠做 Ronx-y 吻合术间置空肠做矩形瓣。

例7，女，32岁。反复发作性右上腹痛十余年，加重一天，伴发热，查：巩膜皮肤黄染，右上腹触及 10×8cm 大小包块，有压痛，不活动。临床检验：①WBC：19.4×$10^9$/L；②肝功：ALT 25"；③胆红质 34.2mmol/L；④尿三胆、胆红质(+)。B 超：右肝及胆囊区可见一 18×18cm 液性暗区，CT：胆总管囊肿。术中见肝表面轻度硬化，胆囊萎缩，胆总管扩张呈球状囊肿 20×10×10cm，并见一细胆管与十二指肠连接。手术方式：切除胆囊及囊肿，肝总管与空肠做 Ronx-y 吻合术。术后第三天出现黄疸，经抗炎后好转。

二、讨论和体会

1.先天性胆总管囊肿发生的病因和表现类型：先天性胆总管囊肿又称之为胆总管囊性扩张，是一种先天性胆道畸形，多在婴幼儿期被发现，而成人却很少见。先天性胆总管囊肿发生的病因虽有多种说法，但概括起来主要是：其一，先天性胰、胆管交接异常，胰液流入胆总管破坏管壁的弹力纤维，使壁失去张力而发生扩张。其二，胚胎发育时胆总管壁弹力纤维缺乏，导致壁薄弱，当发生胆汁排泄障碍时，由于胆汁滞留引起管内压增高继而发生囊肿。其三，胎儿期由于病毒感染引起的胆总管阻塞或壁变薄弱产生畸形。总之，先天性胆总管囊肿的发生与胆总管的弹力纤维缺乏，壁薄弱和胆总管阻塞胆汁的滞留有直接关系。根据病理形态分为囊状扩张型(上下两壁扩张呈囊状)、憩室型(下壁扩张形成憩室状)、肝内、外混合型及胆总管末端开口脱出型。其中前两型临床较多见。本组病例也皆为囊状和憩室型扩张，并且其中三例成人为巨大性胆总管囊肿。

2.先天性胆总管囊肿对肝脏的病理损害：本组病例手术前常规检查肝功能虽未发现异常改变，但术中却发现肝脏表面均有一定硬变，尤以成人表现为最明显。导致肝硬变的原因可能是长时间胆汁引流不畅，胆汁淤滞在肝内以及由于囊肿的反复感染所造成的肝脏损害。吴晔明等通过对37例小儿先天性胆总管囊肿手术中做肝组织病理检查后认为，胆总管梗阻是囊肿造成肝脏损害的最主要原因，而且囊肿越大对胆汁流动力学影响也就越大，同时对肝脏的损害就越严重。我们体会，对胆总管囊肿所引起的肝脏损害不可忽略，应保持积极、慎重的态度，在手术治疗胆总管囊肿的同时还应注意保肝治疗，一旦胆总管梗阻被解除时，肝硬变有逆转可能。

3.先天性胆总管囊肿的诊断与手术治疗：先天性胆总管囊肿从幼年开始表现有间断性腹痛，腹部包块和黄疸三大症状和体征。腹痛多位于右上腹或上腹部，呈阵发性发作，合并感染时可持续加重并放散到右肩或右胸背部，当囊肿穿孔时病人表现有胆汁性腹膜炎的体征。腹块也是本病较常见的体征。约90%在右上腹触到包块、可以推动，但不能上、下移动。包块易与肿大的胆囊或肝巨大囊肿相混淆，需做相关的辅助检查进行鉴别，如：胃肠透视、经皮肝穿等。据统计约70%病人出现黄疸，黄疸的深度与胆总管下端梗阻的程度有关。当囊肿有结石、感染引起胆总管阻塞时，病人还可表现寒颤高热，甚至并发中毒性休克。此外，B 超、ERCP、CT 等也能帮助诊断。

我们认为手术是当前治疗先天性胆总管囊肿最好的方法。手术应根据病情以及囊肿的表现类型来选择不同的术式。我们体会对体弱、感染严重的病人应先做囊肿引流减压，当病人身体恢复良好时再进行囊肿切除较为合理。本组成人中有2例因胆总管囊肿巨大，故将胆总管切除，然后重建胆道并与空肠做 Ronx-y 吻合术。为预防逆行感染，将间置空肠内壁做一矩形瓣，防反流，同时切除胆囊。本组例7，因术中误将胆总管切断，切除囊肿后将肝总管充分游离后与空肠做了 Ronx-y 吻合术。我们认为，术后加强抗炎，实施静脉高营养治疗等十分重要。本组病例由于手术治疗可靠，护理周到，术后无并发症发生，全部治愈，经3～10年随访，除例5反复感染曾几次住院治疗外，其余无不良反应，生活工作正常。

(收稿：2000-01-04)

# 一次性引流袋刻度标量与实际容量的观察

张纯清* 舒先涛* 张晓方* 许本科*

一次性引流袋已在临床上广泛应用，在应用中发现引流袋上的刻度标量与实际容量并不相符，给临床护理工作者造成了记录液体出入量的差错。为此，我们对一次性引流袋上的刻度标量与实际容量进行了实验观察，结果如下。

* 作者单位：434000 湖北省荆州市职工医学院