维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2007)12-1334-02

儿童自发性胆道穿孔的诊治

李 勤,李晓庆,金先庆,周德凯,蒲丛伦

(重庆医科大学附属儿童医院普外科,重庆 400014)

【摘 要】目的:探讨儿童自发性胆道穿孔的病因、临床特点、诊断及治疗。方法:回顾分析我院 1998~2006 年收治的 8 例儿童自发性胆道穿孔病例资料。结果:8 例病例中 5 例术前得以确诊,手术方式采用 T 管引流及腹腔引流,效果满意。3 例合并有胆总管囊肿的患儿行二期根治术后治愈。结论:儿童自发性胆道穿孔病因尚不明确,胰胆管合流异常可能是主要原因,腹腔穿刺对本病的诊断有重要价值,手术方式采用 T 管引流及腹腔引流,合并有胰胆管合流异常的患儿需行二期根治术,未发现胰胆管合流异常的穿孔病例应该长期随访。

【关键词】胆道穿孔;诊断;治疗

【中国图书分类法分类号】R725.757 【文献标识码】B 【收稿日期】2007-05-21

Diagnosis and treatment of spontaneous perforation of the bile duct in children

LI Qin, et al

(*Department of General Surgery, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the etiology, clinic characteristics, diagnosis and treatments of spontaneous perforation of the bile duct in children. *Methods*: The clinical data of eight children with spontaneous perforation of the bile duct between 1998 - 2006 were analyzed retrospectively. *Results*: 5 of 8 cases were diagnosed bile duct perforativn before operation, all the patients recovered favorably after T-tube and pelvic drainage. 3 children complicated with choledochal cyst were cured after Ⅱ stage radical operation. *Conclusions*: the etiology of spontaneous perforation of the bile duct in children is unclear, pancreaticobiliary confluence malfunction (PBCM) maybe the main reason. Peritoneocentesis is very important to the diagnosis, which is difficult in child preoperatively. The effective surgical treatments are T-tube and pelvic drainage. The children complicated with PBCM need Ⅱ stage radical operation, and long term follow up are necessary for the children present with spontaneous perforation of the bile duct without PBCM.

【Key words】 Perforation of the bile duct; Diagnosis; Treatment

小儿自发性胆道穿孔较少见,一旦发生则病情危重,危及生命。又常因发病年龄小、症状不典型而被误诊、漏诊。为了解其临床特征、探讨其穿孔原因,现对 1998 年 1 月~2006 年 4 月间收治的 8 例自发性胆道穿孔病例进行临床分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 8 例中,男 3 例,女 5 例。年龄 7 月~5 岁 10 月。入院时病程最短者 24h,最长者 26 天。8 例均有腹痛、呕吐、腹胀及发热症状,一般情况较差,3 例伴有黄疸。查体:8 例均有腹胀,5 例有明显的腹膜刺激征:全腹压痛、肌紧张、反跳痛,另外 3 例年龄小于 1 岁,腹膜刺激征不明显。腹部 B 超结果均为大量腹腔积液。4 例术前 X 线检查提示小肠不全性肠梗阻。5 例术前腹腔穿刺抽出黄色胆汁样液体,临床诊断考虑胆道穿孔,腹水送检淀粉酶,其中 4 例明显升高。

1.2 治 疗

8 例患儿均行剖腹探查,术中见腹腔内大量胆汁,500~2500ml 不等,腹腔内脏器黄染,右上腹肠管、肝脏、胆囊等组织炎性粘连,仔细分离肝十二指肠韧带,发现胆总管穿孔。其中 2 例发现胆总管囊性扩张,其余 6 例胆总管扩张不明显。7 例术中放置胆总管 T 形管引流及腹腔引流,另 1 例胆总管解剖变异,胆总管位于门静脉及肝动脉的后方且粘连较重,无法放置 T 形管引流而采用胆囊造瘘加腹腔引流。

作者介绍:李 勤(1971-),男,讲师,硕士,
主要研究方向:小儿腹部外科疾病的研究。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结 果

6 例患儿在术后 2 周行胆道造影显示胆道通畅、远端无梗阻后拔出 T 形引流管及腹腔引流管。其中 1 例在拔管后 1 月再次发生胆道穿孔，遂再次手术发现为上次胆道穿孔处再穿孔，术中重新放置胆总管 T 形管引流及腹腔引流，现为术后 2 月，尚未拔管。另外 2 例未作胆道造影的患儿均为新近手术，术后时间在 2 周以内，尚未拔管。8 例患儿中有 3 例在术后随访中证实胆总管囊性扩张，分别于术后 1~1 年半时间内在我院行胆总管囊肿切除，空肠肝管 ROUX-Y 吻合术，术后恢复良好。另外 1 例术后随访未见胆管扩张，还有 1 例失访，其余 3 例为新近收治病人。

3 讨 论

小儿自发性胆道穿孔于 1932 年由 Dijkstra 首次报告，此病虽然少见，但时有报道，其病因尚无定论。目前不少学者认为胰胆管合流异常可能是造成小儿自发性胆道穿孔的主要原因，胰胆管合流异常是胰、胆管在十二指肠壁外合流的先天性畸形，失去了 Oddi 氏括约肌的作用，胰液和胆汁相互交流，由于胰液分泌压较胆管内压力高，所以胰液有可能返流至胆管内，胰蛋白酶被肠激酶激活，破坏胆管壁，同时由于胆管内压增高，逐渐造成胆管扩张甚至穿孔。由此 Abbas Banani 提出，自发性胆道穿孔与先天性胆管扩张症是同源于胰胆管合流异常的胆道疾患，只是两者处于不同的临床阶段[1]。但是目前对于小儿胆道自发性穿孔病因的看法不一，De Agustin Asensio 认为先天性胆管发育异常及囊壁局限性缺陷是造成胆道穿孔的原因，并通过形态学和组织学检查证实远端的梗阻因素和血管病变也起到了一定作用[2]。Ando.H 等通过胆道造影及穿孔处胆总管壁的组织学检查，提出位于共同通道处的蛋白栓引起了胆总管远端梗阻，从而导致胆总管内压急剧增加引发穿孔[3]。而 Ando.K 等发现胆道自发性穿孔病例共同通道的蛋白栓存在率很低，认为由于胰胆管合流异常造成的胰液返流对发育不成熟的胆管上皮的刺激是小儿胆道自发性穿孔的主要原因，并不存在有胆道内压的升高或胆管上皮的先天性缺陷[4]。

本病的临床表现多样，多以腹痛、腹胀、呕吐、发热及黄疸为主要症状。穿孔后胆汁进入腹腔，便引起腹膜炎，由于小儿对疼痛的耐受性较强，腹壁肌肉较薄弱，所以患儿往往全身症状明显，而局部腹膜炎体征不典型。当合并细菌感染后出现化脓性腹膜炎的临床表现，与其他原因引起的腹膜炎不易区别，容易误诊，本组 8 例患儿中有 3 例入院时腹膜炎体征并不明显，给诊断带来一定难度。腹腔穿刺对本病的诊断有重要价值，当腹腔穿刺抽出胆汁样腹水即可诊断本病。并应将腹水送检，测定其中胆红素含量及淀粉酶值则更有意义。本组 8 例中有 5 例术前腹穿抽出胆汁样腹水而得以确诊，其中 4 例腹水淀粉酶明显升高也支持胰胆管合流异常学说。腹部 B 超检查如显示肝门区液体积聚、假性囊肿和腹水也提示本病，国内有文献报道 CT 及 TC^{99m} 扫描可显示胆汁泄漏部位，国外有作者报道利用碘排泄实验观察腹水中、血清中和粪便中碘含量的比例，有助于早期诊断[5]。我们认为临床上若有以下几点线索应考虑胆道穿孔诊断：(1)急性腹膜炎体征；(2)腹腔穿刺抽出胆汁样腹水；(3)腹水淀粉酶显著升高，而血清淀粉酶正常或轻度升高；(4) 影像学检查除外消化道穿孔和急性胰腺炎。

小儿胆道穿孔均需手术治疗，患儿病情大多比较危重，最适宜的手术方式是“T”管引流及腹腔引流。术中如腹腔内炎症重，胆道周围被大网膜包裹或胆道有解剖变异，找不到穿孔处，此时切忌强行分离寻找穿孔，否则可能误伤重要器官，将腹腔引流管置入包裹的囊内引流即可，如胆囊张力较高，可同时行胆囊造瘘。国内有行一期内引流术获得成功的报道，但其不宜作为首选的手术方式，仍应以分期手术为宜。国外文献有行穿孔的胆总管一期修补成功的报道，此术式也不宜作为首选。术中如条件许可可行经胆囊或“T”管的胆道造影，了解穿孔部位及大小，胆总管远端有无狭窄，异物，胆总管有无扩张，以及胰胆管合流部的情况。

术后治疗以抗炎，纠正水电解质紊乱，营养支持为主。有文献报道胆汁细菌培养及药敏实验显示 G^+ 球菌抗生素药物敏感率依次为：万古霉素，泰能，利福平。G^- 杆菌抗生素药物敏感率依次为：泰能，马斯平，环丙沙星，阿米卡星，头孢他定[5]。抗生素的选择首先应当考虑药物的血药浓度，其次再考虑该药在胆汁中的浓度。因为抗生素在全身各组织中的有效分布是最重要的。穿孔后以及引流过程中必定伴有胆汁和电解质的大量丢失，因此术后应当注意纠正水电解质紊乱和酸碱失衡。患儿术后 2~3 周常规行经“T”管胆道造影，了解胆总管有无扩张，“T”管远端有无梗阻，有无胰胆合流异常及肝内胆管的情况。如胆道造影无异常发现可拔出引流管，如发现胆总管有扩张，“T”管远端有梗阻或有胰胆合流常存在，则要带管出院，3 个月后行二期根治术，即切除扩张胆管，肝管空肠 Roux-Y 术。对于临床上无胆管扩张的胆道穿孔病例，需进行密切的跟踪随访，如以后证实有胰胆合流异常存在，也需行胰胆分流手术。

参 考 文 献

[1] Abbas Banani A, Bahador A. Idiopathic perforation of the extrahepatic bile duct in Infancy: Pathogenesis, Diadnosis and Management[J]. J pediatric Surg, 1993; 28(7): 950.

[2] De Agustin Asensio, Jc Rivilla Parraf. Etiopathogenic study of spontaneous perforation of the biliary tract[J]. An Esp Pediatr, 1998; 29: 467-469.

[3] Ando H, Ito T, Watanabe Y. Spontaneous perforation of choledochal cyst[J]. J Am Coll Surg, 1995; 181(2): 125-128.

[4] Ando K, Miyano T, Kohno S, et al. Spontaneous perforation of choledochal cyst: a study of 13 cases[J]. Eur J Pediatr Surg, 1998; 8(1): 23-25.

[5] 董 蒨，小儿肝胆外科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2005. 383—386.