DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.01.031
第26卷第1期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 1
2004年1月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jan. 2004

文章编号:1000-5404(2004)01-0081-03

论著

肝内胆管结石伴肝门部胆管狭窄的外科治疗经验

陈 平,董家鸿,别 平,王曙光,李智华,蔡景修,何振平 (第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所,重庆 400038)

提 要:目的 总结肝内胆管结石合并肝门部胆管狭窄治疗经验。方法 收集我科自1996-2002年复杂肝内胆管结石合并胆管狭窄148例病人临床资料并进行分析。结果 右肝结石多分布在右后叶并多伴有右后叶萎缩,右肝管开口狭窄;左肝结石多分布在左外叶,常伴有左肝管开口部狭窄;两侧肝胆管结石病例数最多。手术方法分为4类,以规则性肝叶、段切除术+胆道探查术和/或胆肠吻合术为主。结论 根据结石部位、肝脏病变程度及病理类型选择不同手术方式。

关键词:肝内胆管结石;胆管狭窄;外科手术
中图法分类号:R575.7;R657.46 文献标识码:A

Surgical treatment of hepatolithiasis with intrahepatic biliary stricture

CHEN Ping, DONG Jia-hong, BIE Ping, WANG Shu-guang, LI Zhi-hua, CAI Jing-xiu, HE Zhen-ping (Institute of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 40038, China)

Abstract: **Objective** To sum up the experience in surgical treatment of hepatolithiasis with intrahepatic bile duct stricture. **Methods** The clinical data of 148 patients suffering from complicated hepatolithiasis with intrahepatic bile duct stricture from Southwest Hospital between 1996 and 2002 were collected and analyzed retrospectively. **Results** The right hepatic stones were usually distributed in the right posterior lobe of liver and complicated with atrophy of right posterior lobe and stricture of right hepatic bile duct. However, the left hepatic stones were usually distributed in the left lateral lobe of liver complicated with stricture of left hepatic bile duct. Bilateral hepatic stones were found in most cases. There were four operative methods, including regular lobectomy, hepatectomy + bile duct exploration and/or choledochojejunostomy. **Conclusion** Different operative options should be selected according to the distribution of stones, the degree of liver lesion, and the pathological types.

Key words: hepatolithiasis; intrahepatic biliary stricture; surgical treatment

研究表明,肝内胆管狭窄是肝内胆管结石的主要病理改变,也是导致结石复发的主要因素,是影响肝胆管结石疗效的主要原因[1]。因此对肝内胆管结石的治疗,在尽量取尽结石的基础上,如何处理好胆管狭窄是关系病人远期疗效的关键。我院肝胆外科自1996至2002年,治疗复杂肝内胆管多发结石并胆管狭窄148例,分别采用肝部分切除、肝门部胆管切开整形、胆道镜取石,肝门部胆管空肠大口吻合等联合手术,取得良好效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组手术病人148例,男53例,女95例。年龄14~75岁,平均49.6岁。均有反复发作胆管炎和黄疸病史,有胆道手术史,其中1次手术34例,2次手术21例,3次手术12例,4次手术和5次手术各5例。术前经CT、MRI、彩超、ERCP、PTC等检查,诊断明确,为肝胆管多发结石并多处胆管狭窄。

1.2 结石分布和病理状况

右肝内胆管结石并狭窄结石分布:结石主要分布在右后叶并多半有右后叶萎缩。以左肝内胆管结石并狭窄结石分布:结石以分布在左外叶为主,多伴有左肝管开口部狭窄。两侧肝胆管结石:病例数最多,多有不同程度的肝门胆管或左右肝管开口部狭窄(表1)。

表1 结石分布及病理改变(n=148)

Tab 1 Distribution of stones and pathological changes(n=148)

Location	Distribution of stones	With intrahepatic biliary stricture or atrophy of liver lobe
Left liver	45	32
Including left lateral lobe	21	16
Right liver	41	22
Including right posterior lobe	19	14
Bilateral hepatic stones	62	38

作者简介:陈 平(1964-),男,四川省眉山市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事肝胆外科临床、腹腔镜外科及肝再生实验方面的研究。电话:(023)65318301-73078

收稿日期:2003-01-15;修回日期:2003-07-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.3 手术方法

手术方法较多，大体将其分为下列4类：①规则性肝叶、段切除术＋胆道探查术：手术例数48例，多为肝脏局限性结石伴有肝叶萎缩或肝内胆管狭窄；③规则性肝叶、段切除术＋胆肠吻合术：手术例数41例，多为双侧肝内结石，并有一侧肝叶或段毁损性病变，或肝内病灶清除后肝门部有明显胆管狭窄；③肝门部胆管切开整形、胆道镜取石、T管引流术：手术例数26例，多为左右肝内胆管结石伴有肝门狭窄；④肝门部胆管切开整形、胆道镜取石、胆肠吻合术：手术例数33例，肝内广泛结石难以取尽。

在148例病人中，有89例行规则性肝切除术。其中左半肝切除27例，左外叶切除18例，右半肝切除14例，右前叶切除8例，右后叶切除11例，两侧肝部分切除术11例。可以看出，左肝切除多于右肝切除，左肝切除以左外叶为多，有肝以右后叶为主。部分病人作了两侧肝部分切除，主要为左外叶（或左半肝）＋右后叶，多为萎缩无功能肝叶。

2 结果

全组均顺利完成手术，无手术死亡。125例病人临床治愈出院。另有23例病人延迟出院或自动出院。术后并发腹腔感染、胆汁漏8例，肝功不全5例，消化道出血、黑便4例，切口裂开3例，术后肠梗阻1例。

3 讨论

肝内胆管结石在东南亚地区是常见病，在我国大陆及台湾地区其发病率高达20%[2]，近年来，发病人数有下降趋势。日本在20世纪90年代初其肝内胆管结石的发病率为2.2%，其发病率呈下降趋势，其原因在于腹腔镜胆囊切除术开展后，胆石病总数增加，使肝内胆管结石相对发病率降低，但仍居于较高水平[3]。

几十年的研究表明，肝胆管结石的主要病理改变在于肝门部胆管狭窄。在东亚地区，肝胆管结石合并胆管狭窄高达42.3%～95.8%。黄志强等[4]综合全国4 197例肝内胆管结石手术治疗资料，发现肝内胆管结石平均有24.28%合并肝胆管狭窄。从临床流行病学分析，肝内胆管结石远多于胆管狭窄，说明胆管狭窄只是伴随结石而出现的并发症。有观点认为肝胆管的狭窄实质上是肝胆管结石引起创伤的结果，胆管狭窄实际上是一种炎症，是由于胆管结石中感染的存在。引起透壁性胆管损害，在正常愈合过程中形成的。结石的存在使感染加重，并且结石也刺激组织持续性过度增生，而且有肝实质的萎缩。相反的观点认为胆管的狭窄是胆管解剖的异常，并由此导致结石的形成。Fujii在179例胆总管囊肿病例中，58例有直接的胆管造影资料，发现有71处狭窄，其中有38例有肝内胆管结石。进一步研究38例结石成分与狭窄部位的分类，显示同一类型狭窄的病例，其结石的成分可以是不同的，即结石的性质与狭窄部位并无相互关系。

胆管结石常伴反复发作胆管炎，结石与炎症互为因果，病程越长对肝脏的毁损越严重。长期反复发作急、慢性胆管炎，胆管壁纤维组织增生。合并胆管狭窄率6.96%～41.94%，平均24.28%。肝内多叶、多段胆管广泛多发结石并多处胆管狭窄者，由于反复胆管炎，梗阻性黄疸，常伴有不同程度的淤胆性肝功能毁损，甚至肝硬化，不宜切除过多的肝叶、肝段组织。胆道镜难以通过狭窄的胆道取石。较理想的外科治疗，既要解除狭窄、取出结石，又要尽可能保留有功能的肝组织。因此手术需要在肝内切开各叶段胆管及其狭窄段，才能取出结石，解除狭窄，建立通畅的胆流通道。

随着对肝内胆管结石临床病理变化的认识，对肝内胆管结石的外科治疗亦引进了新的概念。过去，对肝内胆管结石的外科治疗多是对症的，主要针对胆道结石引起的梗阻和胆道感染，而造成感染和梗阻的中心环节是肝门部胆管狭窄[5,6]。狭窄是外科治疗失败和结石复发的主要原因。Kazuhiro等[7]报道85.2%的肝胆管结石合并胆管狭窄，在治疗过程中，狭窄完全解除为60.9%，其中采用肝切除时，狭窄完全解除为81.8%；采用经皮肝穿胆道镜碎石时，狭窄完全解除为41.6%，对狭窄的处理肝切除优于经皮肝穿胆道镜碎石术。Huis等[8]报道，3年再狭窄率为33%，表明肝切除是解决胆管狭窄的有效方法。

从肝内胆管结石外科治疗病人的远期疗效观察可以看出，肝切除术既能解决一叶或段的肝内结石，又能去除胆管狭窄及其相应病变的肝叶，因此，能取得明显的治疗效果。由于这种病人其结石、狭窄病变、相应胆管树及肝叶全部切除，常不需附加行胆肠吻合。临床观察发现只做了肝叶切除术去除病灶者的远期效果明显优于曾做肝切除和胆肠吻合术者，虽然尚缺乏完全可比性，但似乎引发一个启示，那就是对早期的、局限性的肝内胆管结石病病人，应该是争取做到“治愈”而不是改变胆道系统的生理环境。

Kazuhisa等[9]报道肝切除和经皮肝穿胆道镜碎石术后结石残存率为2.4%，而体外震波碎石取得明显效果。他认为对孤立的左侧肝内胆管结石，如果其他外科方法不能去除肝脏的相关病变，肝切除是有效的治疗方法。体外震波碎石适应于孤立的肝内胆管结石和双侧肝内胆管结石的首次治疗。肝内胆管结石治疗困难其主要原因在于结石及病变分布广，常为双侧肝叶，结石难以取尽。这种病人常伴有肝门部胆管狭窄，肝门部胆管狭窄处理是否得当将直接影响手术疗效[10]。最实用的方法是狭窄胆管切开、整形、肝门部

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

高位胆管空肠内引流术。通过狭窄胆管切开，不仅解除了狭窄，并可通过胆管的开口，在直视下或胆道镜辅助下尽量取石。

参考文献：

[1] 黄志强. 应重视肝内胆管结石的诊断和治疗研究[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(2): 65—66.
[2] Jan Y Y, Chen M F, Wang C S, *et al*. Surgical treatment of hepatolithiasis: long-term results[J]. Surgery, 1996, 120(3): 509—514.
[3] Kusano T, Isa T T, Muto Y, *et al*. Long-term results of hepaticojejunostomy for hepatolithiasis[J]. Am Surg, 2001, 67(5): 442—446.
[4] 黄志强, 刘永雄. 肝内胆管结石的外科治疗[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(3): 140—144.
[5] Hung C J, Lin P W. Role of right hepatic lobectomy in the treatment of isolated right-sided hepatolithiasis[J]. Surgery, 1997, 121(2): 130—134.
[6] Chen M F, Jan Y Y, Wang C S, *et al*. Role of hepatic resection in surgery for bilateral intrahepatic stones[J]. Br J Surg, 1997, 84(9): 1229—1232.
[7] Otani K, Shimizu S, Chijiiwa K, *et al*. Comparison of treatments for hepatolithiasis: hepatic resection versus cholangioscopic lithotomy[J]. J Am Coll Surg, 1999, 189(2): 177—182.
[8] Huis M, Balija M, Szerda F, *et al*. Biliary duct reoperations[J]. Acta Med Croatica, 1999, 53(3): 153—156.
[9] Uchiyama K, Onishi H, Tani M, *et al*. Indication and procedure for treatment of hepatolithiasis[J]. Arch Surg, 2002, 137(2): 149—153.
[10] Jeng K S. Treatment of intrahepatic biliary stricture associated with hepatolithiasis[J]. Hepatogastroenterology, 1997, 44(14): 342—351.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2004)01-0083-02

个案与短篇

置胃管失败的原因分析与对策

Analysis of the causes of failure in putting stomach tube and the countermeasures

陈显春，封 悦，杨 英，宋 爽 （第三军医大学西南医院乳腺疾病中心，重庆 400038）

置胃管是临床常用的护理技术操作，但也是一种侵袭性操作，置胃管失败的现象时有发生，为提高一次性置胃管成功率，保证置入胃管的有效性，现将置胃管失败的原因分析及对策报告如下。

1 临床资料

本组病人共 100 例，其中男 62 例，女 38 例，年龄 7～89 岁，平均 59 岁，主要诊断为急性肠梗阻、急性腹膜炎、肠瘘、胃癌、大肠癌等。置胃管失败情况见表 1。

表 1 100 例置胃管中失败情况

置胃管失败类型	例 数	发生率(%)
拒绝置胃管	9	9
胃管在食道内	6	6
胃管无法置入	2	2
胃管在气管内	1	1

2 置管失败的原因分析

2.1 病人方面

2.1.1 恐惧心理导致拒绝置胃管 置胃管是一种侵袭性操作，当胃管通过咽喉部时刺激分布在咽喉上的神经末梢，使病人出现痛苦体验。无论是初次体验还是再次体验置胃管者，均有拒绝置胃管现象，本组有 9 例病人拒绝置胃管。对本组病人发放问卷调查表 100 份，回收 90 份，有效答卷 84 份。本组有 61.90%(52/84)的病人见到胃管感到紧张，25.00%(21/84)的病人见到胃管感到恐惧，只有 13.10%(11/84)病人见到胃管无所谓。因此，紧张、恐惧心理是导致病人拒绝置胃管的主要原因。

2.1.2 配合不好导致置管不顺利 病人正确配合是保证置管顺利的前提之一。紧张、恐惧心理导致置胃管时咽喉部肌肉收缩，胃管不易通过咽喉部进入食道；同时，病人对痛苦体验的敏感性增加，容易出现恶心、咽喉部疼痛导致配合不好，也影响胃管的置入。本组病人在置胃管过程中，出现流泪现象占 90.48%(76/84)，恶心占 57.14%(48/84)，咽喉部疼痛占 40.48%(34/84)，没有特别感觉占 3.57%(13/84)。有 2 例病人因咽喉部肌肉收缩、紧闭使胃管无法置入，经鼻咽喉镜检查证实并协助置入。

2.1.3 体位的影响 置胃管常用的体位是平卧位、半卧位、坐位。本组病人一次置胃管成功率分别为平卧位 54.76%(65/84)，半卧位 77.38%(46/84)，坐位 44.05%(37/84)。因此，体位对胃管的置入也有一定影响。

2.2 护士方面

2.2.1 交流技巧 置胃管前，如何有的放矢地向病人强调置胃管的目的与意义是值得护士思考的问题。热情、耐心、重点突破的解释会赢得病人的信任和配合。泛泛而谈、无足轻重的交流不能引起病人的重视甚至拒置胃管。

2.2.2 置管经验 虽然置胃管是常用的护理技术操作，但要提高一次性置管成功率，仍然需要临床实践经验的积累。如

（下转 86 页）

作者简介：陈显春(1964—)，女，四川省邛崃市人，副主任护师，主要从事临床护理方面的研究，发表论文 18 篇。电话：(023)68754000-73075

收稿日期：2003-02-24；修回日期：2003-07-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net