DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.03.060
第24卷第3期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 3
364 2002年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2002

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)03-0364-02

胰腺段囊性扩张胆管全切除术

Complete excision of intrapancreatic portion of congenital choledochal cyst

郑树国,董家鸿,别 平,王曙光 (第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院,重庆 400038)

先天性胆总管囊肿多累及肝外胆管全程,而其胰腺段的切除在实际操作中难度和风险较大,是否需要完全切除胰段囊性扩张胆管尚有争议。在我们的随访病例及近期文献报道中发现,手术后残留的胰段囊性扩张胆管有发生癌变者。因此,完整切除包括胰段在内的囊性扩张胆管非常必要。我院1995-2000年共行扩张段胆管全切除治疗先天性胆总管囊肿25例,取得了较为满意的疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料

1995年1月-2000年12月共行胰腺段囊性扩张胆管全切除术治疗累及肝外胆管全程的先天性胆总管囊肿25例。25例中男9例,女16例,年龄0.5岁至46岁,14岁以下者21例(占84%)。常见临床表现为腹痛20例(80%),发热9例(36%),黄疸14例(56%),右上腹包块12例(48%),具有腹痛、黄疸、腹部包块三联症者7例(28%)。小儿患者以腹部包块并黄疸为主要临床表现,而成人则以腹痛并黄疸为主要症状。术前合并胆管结石8例(32%)、急性胰腺炎2例(8%)、急性胆管炎2例(8%)、合并胆囊结石、慢性胆囊炎2例(8%)、佝偻病1例(4%)、胆汁性肝硬化1例(4%)、囊肿穿孔伴腹膜炎1例(4%)。术后病检发现合并Ⅰ期胆囊癌1例,患者经B超、CT、ERCP、PTC等检查,对不能配合检查或经术前检查不能明确显示胆胰管连接部形态特征者行术中胆胰管造影。术前检查及术中造影结果显示本组病例均为累及肝外胆管全程的胆总管囊肿,囊肿大小6.5 cm×3.9 cm×4.1 cm至18 cm×13 cm×24 cm,25例中有13例合并胆胰管合流异常,其中B-P型合流异常7例、P-B型合流异常6例。

1.2 手术方法

本组25例中行一期囊肿完整切除、肝总管空肠Roux-en-y吻合术者20例,另5例因合并急性胆管炎、急性胰腺炎及囊肿穿孔继发弥漫性腹膜炎行囊肿引流术后1~3月二期完整切除,胆肠重建术。手术步骤:开腹后充分显露胆总管囊肿,仔细探查囊肿大小、界限以及与周围组织关系,同时探查肝脏、胆囊、胰腺等脏器。对术前影像学资料未能显示胆胰管结合部形态特征者行术中胆胰管造影。剪开十二指肠右侧后腹膜,分离囊肿与下腔静脉及左肾静脉间粘连,将囊肿连同胰头及十二指肠一并托起。于囊肿前壁无血管区纵形剪开囊肿,吸出囊液并取出结石。解剖胆囊三角,逆行剥离胆囊至胆囊管与囊肿交界处。分离囊肿上端与门静脉及肝右动脉间粘连,在左右肝管汇合部下方离断肝总管,保留肝总管壁0.5~1.0 cm长,使肝总管呈漏斗状。将胆囊及囊肿壁向下、向右翻转,在囊肿壁的纤维结缔组织层以外找出间隙,沿此间隙充分游离囊肿。仔细分离囊肿与肝固有动脉、门静脉间粘连至胰腺上缘,结扎胃十二指肠动脉,切开胰腺被膜。根据囊壁炎性病变及与周围组织粘连程度不同采用以下两种方法切除胰段囊性扩张胆管:①壁外分离:沿囊性扩张的胰段胆管壁外层(纤维结缔组织层)与胰腺组织间分离,直至囊肿底部。②壁内分离:环形剪开囊性扩张胆管之纤维结缔组织层,沿纤维结缔组织层与固有层之间分离,类似剥离疝囊一样操作,直至囊肿底部。两种方法均以术前影像资料或术中胆胰管造影显示的胆胰管连接部形态为引导,既要完整切除胰段囊肿,又要避免胰管损伤,以显露汇入十二指肠或汇入胰管的狭小胆管末端作为囊肿完全切除的标志。本组25例中18例采用囊性扩张胆管纤维组织与胰腺组织间分离切除,另7例采用囊性扩张胆管固有层与纤维结缔组织层间分离切除。

胆胰管结合部处理:对无胆胰管合流异常或B-P型胆胰管合流异常在分离囊肿底部后只需将狭小的胆管末端结扎即可;而对P-B型胆胰管合流异常者则需将胰管开口与狭小的胆管末端之间的囊壁剪成喇叭状,然后间断缝合关闭,以维持完整的胰液引流通道。

1.3 治疗结果

全组无手术死亡。有2例合并P-B型胆胰管合流异常者术后并发少量胰漏,另1例患儿术后1周并发双侧胸腔积液,均经保守治疗痊愈。随访7月至5年6个月,现仍在继续随访之中。全部病例术后症状消失,无腹痛、黄疸、发热等症状,患儿生长发育良好,复查肝功能、血常规正常,B超未见胆管扩张及吻合口狭窄。

2 讨论

2.1 胰段囊性扩张胆管全切除的必要性

胆总管囊肿的手术方法主要有囊肿内引流术、外引流术和囊肿切除术。手术的原则是去除病变组织,实现胆胰分流,解决胆汁淤滞、胆道感染和防止癌变[1]。外引流术或囊肿胆肠吻合内引流术不符合上述手术原则,远期疗效差,反复发病和再手术率极高,且能加速癌变进程,故仅暂时适用于并发急性胆管炎、急性胰腺炎、严重黄疸及肝功能衰竭或囊肿破裂并发腹膜炎等不能耐受较大手术的危重患者,作为一种过渡手术,不能作为择期术式选用[2]。囊肿切除、肝总管空肠Roux-y吻合术预后比较满意,是目前较为公认的方法,但在切除范围和程度上尚存争议。鉴于胰腺段囊肿的切除在实际操作中的难度和风险较大,有不少学者主张行囊肿部分或大部切除术,保留部分胰段囊性扩张胆管,这样虽可实现胆胰分流,但仍有胰段残留囊壁癌变或残留囊性扩张胆管内胰液潴留,形成蛋白栓、结石以及术后发作性胰腺炎等并发症[3~6]。因此,完整切除包括

作者简介:郑树国(1965-),男,河南省潢川县人,博士,副主任医师,副教授,主要从事肝胆外科临床与基础研究,发表论文23篇。电话:(023)68754655

收稿日期:2001-09-09;修回日期:2002-01-17

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

胰段在内的囊性扩张胆管，于胆胰管连接部离断，既不损伤胰管，又能将胰腺内扩张胆管彻底切除，对防止残留胰段囊肿结石及癌变，减少术后胰腺并发症十分必要。

2.2 胰段囊性扩张胆管切除方法及胆胰管连接部处理

在行胰段囊性扩张胆管切除之前，必需明确胆胰管结合部形态特征，这对术中判断识别胰管开口和狭小的胆管末端，指导处理胆胰管连接部和避免胰管损伤有重要参考价值。PTC、ERCP 虽可显示胆胰管全貌，但为有创检查，小儿患者不易配合，检查成功率低，术中胆胰管造影简便易行、图像清晰、成功率较高。我们对术前未能明确胆胰管结合部形态特征者 16 例行术中胆胰管造影，获得了良好的显影效果。了解胰段囊性扩张胆管的解剖层次和血供特点，对指导切除至关重要。文献报道胰腺内囊性扩张胆管由内向外由粘膜层、固有层及纤维结缔组织层三层结构组成，其血供主要来自胰十二指肠上动脉分支，这些血管分支形成血管丛，分布于囊性扩张胆管之结缔组织层表面，包绕囊性扩张胆管并向壁内深入，形成两个壁内血管丛，分布于结缔组织层与固有层之间以及固有层与粘膜层之间[7]。因此，我们在行胰段囊性扩张胆管切除时首先结扎胃十二指肠动脉，阻断胰段囊肿血供，以减少分离过程中出血。对无胆管炎反复发作，囊肿周围粘连不甚严重者，采用壁外分离，沿囊壁纤维结缔组织层与胰腺组织之间分离，把血管丛留在囊肿壁，仔细结扎切断囊肿和胰腺之间的小血管，继续分离直至囊肿底部。残留胰腺创面间断缝合关闭，术后酌情应用生长抑素类药物。该方法优点是易控制出血，有利于识别确定胰管开口及狭小的胆管末端。当囊肿较大，胆管远端狭窄段过短且炎症粘连严重，剥离困难，有损伤胰管的可能时（本组有 7 例属此情况），可参照 Lilly 的方法[8] 沿壁内分离，在囊壁固有层与纤维结缔组织层之间，类似剥离疝囊一样操作，创面渗血以热盐水纱布压迫止血并结合针式电切电凝，留下囊壁外层以防损伤后方的门静脉及胰腺组织。两种方法均应根据术前影像资料或术中胆胰管造影所示的胆胰管连接部形态，结合囊内插入探针引导或胆道镜引导等方法识别确认胆管末端及胰管开口，完整切除胆胰管连接部以上胆管。

本组病例的治疗结果表明胰腺段囊性扩张胆管全切除术安全可行，疗效满意，是治疗累及肝外胆管全程的先天性胆总管囊肿的理想方法。

关键词：先天性胆总管囊肿；外科手术
中图法分类号：R 657.4 文献标识码：B

参考文献：

[1] Neri V, Ambrosi A, Iacobone M, *et al*. Congenital cystic dilatation of the bile ducts: case report and review of the literature[J]. Ann Ital Chir, 2000, 71(6): 703－711.
[2] 林 清，陈佛来，李志霞，等. 从先天性胆总管囊肿手术历史演变探讨合并胆胰管合流异常的 CCC 现代外科治疗[J]. 中华肝胆外科杂志，2000, 6(6): 403－406.
[3] Millar A, Cywes S. Choledochal cyst: is complete excision of the intrapancreatic cyst necessary[J]. HPB Surg, 1998, 11(1): 61－63.
[4] Fujisaki S, Akiyama T, Miyake H, *et al*. A case of carcinoma associated with the remained intrapancreatic biliary tract 17 years after the primary excision of a choledochal cyst[J]. Hepatogastroenterology, 1999, 46: 1655－1659.
[5] 别 平，蔡景修，何振平，等. Ⅰ型先天性胆管囊肿 98 例外科治疗的回顾[J]. 第三军医大学学报，1997, 19(1): 45－46.
[6] 张永杰，钱光相，张柏和，等. 先天性胆管囊肿多次手术 45 例分析[J]. 中华肝胆外科杂志，2000, 6(6): 409－412.
[7] Ando H, Kaneko K, Ito T, *et al*. Complete excision of the intrapancreatic portion of choledochal cysts[J]. J Am Coll Surg, 1996, 183(4): 317－321.
[8] Lilly JR. The surgical treatment of choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet, 1979, 149(1): 36－42.

（编辑 王 红）

文章编号：1000-5404(2002)03-0365-03

经验交流

毕业分配应激对军医院校学生心理健康影响的调查

Investigation on effect of assignment stress on mental health of graduating students in military medical university

卢晓翠，罗海吉 （第一军医大学热卫系军队卫生学教研室，广州 510515）

国内对医科大学生的心理健康状况的调查进行的很多[1,2]，但对医科大学毕业生的心理测试与分析却少见[3]，对军医院校毕业生这个特殊群体的调查则更少。而毕业分配相对于军校毕业生而言是人生的一个重要关头，很大程度上影响着学生将来的一生。同时，由于军队的特殊性，学生自主择业的余地很小，主要以服从分配为主，严峻的分配形势与学生对未来工作地点、工作单位的期望形成强烈冲突，从而产生应激状态。另一方面，即将由单纯的学生生活走向工作岗位，未来工作的挑战与新环境的人际交往等都给学生造成一定压力。为探讨毕业分配应激对学生心理的影响，我们于 1998 年 6 月底学生毕业分配方案宣布前几日对某军医院校各专业应届毕业生进行了调查研究，现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

整群抽样调查某军医院校各专业应届毕业生 220 名，其中男生 136 名，女生 84 名，年龄 21.96±2.22 岁，军龄 3～5 年。

1.2 方法

采用统一的问卷，统一指导语后无记名自行填写。

1.2.1 自编的毕业生调查表 内容包括怎样对待毕业分配、有否找过关系、对边远地区的认识及怎样看待分配、毕业前教育尚需增加何内容等方面的问题。

作者简介：卢晓翠（1966－），女，四川省邛崃县人，实验师，主要从事军队卫生学及军事环境心理学的研究，发表论文 15 篇。电话：（020）85140114－89127

收稿日期：2001-02-03；修回日期：2001-04-17

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