DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.01.017

Ⅰ型先天性胆总管囊肿98例外科治疗的回顾

别 平 蔡景修 何振平 韩本立 顾红光 李智华 周永碧 董家鸿 王曙光 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科) 重庆, 630038

提 要 目的: 总结外科治疗Ⅰ型先天性胆总管囊肿的经验。方法: 对我科1977年1月至1996年3月所收治的98例Ⅰ型先天性胆总管囊肿的外科治疗方法,尤其对复杂和巨大囊肿进行合理的手术处理方式进行回顾性分析。结果: 98例中有95例行手术治疗,主要手术方式: 囊肿完全切除、胆管空肠Roux-en-Y吻合49例,囊肿大部切除、胆总管横断、胆管空肠吻合21例,囊肿大部切除、胆管空肠吻合19例,囊肿大部切除、胆管间置空肠十二指肠吻合4例,胃次全切除2例。结论: 对先天性胆总管囊肿病人的手术治疗应重视首次手术选用合理的术式,尽可能切除胆总管囊肿,困难时可大部切除,同时应避免下段残留囊腔过大,并行高位大口胆管空肠吻合。

关键词 胆总管疾病/外科手术; 先天性胆总管囊肿
中图法分类号 R657.44

随胆道影像学检查手段越来越先进,临床上常可遇到先天性胆总管囊肿病例。80年代前多通过囊肿十二指肠吻合或囊肿空肠吻合建立胆肠内引流,但由于胆汁返流或引流不畅,并发症多且严重,如胆管炎、胆汁性肝硬变,尤其后期癌变率较高[1-3]。现主张手术切除胆管囊肿和重建胆肠内引流[4,5],下面介绍我科手术治疗先天性胆总管囊肿的经验体会。

1 临床资料

统计我科1977年1月至1996年3月收治的先天性胆总管囊肿(Ⅰ型)病人98例,其中男23例、女75例(男女之比为1:3.2),年龄5个月至60岁,平均26.0±16.7岁。按胆总管囊肿的横径划分囊肿大小: 36例≤4.9 cm, 34例5.0 cm~9.9 cm, 27例≥10 cm~19 cm, 1例>20 cm。

最常见的临床表现为反复上腹痛(77%)、发热(75%)和黄疸(71%),上腹部包块(53%)。合并胆管结石37例(41.6%)。既往在外院有胆道手术史者31例(32.6%),其中1次24例,2次6例,3次1例。手术方式见表1。98例中有73例行B超检查,66例ERCP检查,8例PTC检查、CT检查32例,术中胆道造影4例。有3例因各种因素未手术治疗,余95例均施行手术治疗,见表2。术中和病理证实胆管囊肿癌变4例(4.2%),其中男性3例、女性1例,年龄26~55岁。

表1 31例先天性胆总管囊肿(Ⅰ型)病人既往手术方式

Tab 1 Patterns of history procedure on 31 patients with congenital choledochal cysts (typeⅠ)

Operation pattern	Cases*
Cholecystectomy	21
Exploration of biliary tract with external drainage	12
Papillosphincterotomy	1
Cholecystoduodenostomy	2
Roux-en-Y cholecystojejunostomy	1
Cystoduodenostomy	4
Cystoduodenostomy with Subtotal gastrectomy	2
Roux-en-Y cystojejunostomy	6
Choledotransection with Roux-en-Y choledojejunostomy	1

*: Some patients received over two operation patterns

表2 95例先天性胆总管囊肿(Ⅰ型)病人的主要手术治疗方式*

Tab 2 Main patterns of operation on 95 patients with congenital choledochal cysts (typeⅠ)

Operation pattern	Cases
Whole choledochal cystectomy△ with Roux-en-Y choledojejunostomy	41
Whole choledochal cystectomy with Roux-en-Y cholangio-meta-jejunostomy	8
Greater partial choledochal cystectomy, choledotransection with Roux-en-Y choledojejunostomy	21
Greater partial choledochal cystectomy with Roux-en-Y choledojejunostomy	19
Greater partial choledochal cystectomy with cholangio-meta-jejunoduedenostomy	4
Subtotal gastrectomy (with the histry of choledoduedenostomy)	2

*: Non-including cholecystectomy (74 cases)
△: Whole cyst excision including choledotransection

术后主要并发症: 胆管空肠吻合口狭窄1例,返流性胆管炎(含胰液返流)2例、肠粘连并胃潴留2例。上述并发症均再次手术处理。

2 结果与讨论

分析本文统计资料,98例先天性胆总管囊肿病人在院外有胆道手术史者31例,其中单纯胆道外引流12例次、胆囊或胆管囊肿与空肠或十二指肠吻合共15例次。多由于对此病认识不足和首次手术处置不当,造成了较高的再手术率。所以,首次手术合理设计术式非常重要。

囊肿完全切除: 对胆总管囊肿不大、下端位置不太低、周围炎症粘连不重、首次手术的病人,完全切除囊肿困难不大;即使有胆道手术史、囊肿存在者,多可将其完全切除,其远期疗效最佳。

囊肿大部切除: 有的胆总管囊肿为全程性肝外胆管囊肿,对此类囊肿以及巨大囊肿、周围炎症粘连重

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

(尤其再次或多次胆道手术者),要做到完全切除囊肿往往非常困难。手术中不必强求完全切除囊肿,可切除胆总管囊肿的前壁、两侧壁部分,将囊肿后壁与门静脉粘连部分留下,以减少血管损伤的危险性。

是否横断胆总管(或胆管腔内管壁间断缝合关闭胆管),应视具体探查情况而定。若胆总管下端无狭窄,横断胆管;胆总管下端狭窄经扩张后,可通过12号以上的导尿管,亦可将其横断;胆总管下端开口很细或因近期有胆管炎发作难于寻找到,若囊肿不大,一般不横断胆管。但对巨大胆总管囊肿,考虑到若部分切除囊肿,残留在胰腺段或以下的囊肿腔过大,即使施行胆管空肠吻合术,胆汁依然可潴留在下段残存的囊腔内,难以达到胆汁引流通畅的目的,可横断胆管。处理下段残存的过大的囊腔,非常棘手,我们既有成功的经验,亦有处理欠当的教训。有2例先天性胆总管囊肿(分别为10 cm×12 cm×8 cm和25 cm×25 cm×25 cm)的病人,术中未探及胆总管下端开口(严重狭窄),靠近胰头段将囊肿大部切除,横断胆管,用石碳酸烧灼残留之囊腔内壁,其内填塞大网膜、关闭,术后均恢复顺利。另2例患者(囊肿横径均为14 cm),胆总管下端无明显狭窄,其中1例施以横断胆管、囊肿大部切除,残腔壁经烧灼后,填塞大网膜。胆管空肠吻合手术,术后残腔引流液淀粉酶(AMS)显著升高,示存在胰瘘;1例接受囊肿大部切除、胆管间置空肠十二指肠吻合术,术后由于胆管下段残留的囊腔较大,压迫十二指肠致其不全梗阻及反复发作急性胆管炎,T管引流胆汁内AMS高达6万单位以上,均行再次手术处理。分析上述病例,胆总管下端有无狭窄,不是横断胆管的绝对依据。横断胆管的病例中有11例胆管下端狭窄或严重狭窄,术后绝大多数无并发症出现,考虑主要与胆管囊肿下端开口在胆胰管共同开口之上下或有无胆胰管异常连接有关。临床上确定胆总管与胰管有无异常连接很重要,可参照Nagata[6]的标准确定:①直接性胆道影像检查显示胆总管-胰管交接点,远在Boyden括约肌所形成的切迹之上。②直接性胆道影像示胆胰管共同管道≥1.5 cm。③胆汁中Ams>10000 IU/L。尤其是在术中打开胆管之前,穿刺抽吸胆汁,查AMS高低,作为判定有无胆胰管异常连接、胰液返流的方法简便实用。若巨大囊肿,胆汁中AMS不高,胆管横断后,残留囊腔可行烧灼后填塞大网膜;若AMS高,需横断胆管时,应考虑施行下段残留囊肿内引流术。

建立胆肠内引流:先天性胆总管囊肿的胆道内引流,现主张切除胆管囊肿后行胆管(或肝管)空肠吻合,其手术要求及方法与治疗胆管结石病基本一致。肝外胆管囊肿切除或大部切除后,在肝门处行大口的胆管空肠吻合,亦可行胆管间置空肠十二指肠吻合。

前面介绍的2例巨大胆总管囊肿需再次手术的病例,对其中因残留囊腔潴留,出现十二指肠受压、反复发作急性胆管炎、胰瘘的1例病人,加行空肠残余囊肿空肠吻合术,方解决下部残留囊腔渚留问题。

总之,对先天性胆总管囊肿的病人,应重视首次手术治疗,设计合理的术式,以期达到满意或良好的疗效。

参考文献

1 O'Neill J A. Choledochal cyst. Curr Probl Surg, 1992; 29(4): 365

2 Josph V T. Surgical techniques and long term results in the treatment of choledochal cyst. J Pediatr Surg, 1990; 25(6): 782

3 Chijiiwa K, Koga A. Sugical management and long-term follow-up of patients with choleddchal cysts. Am J Surg, 1993; 165(3): 238

4 Scudamore C H, Hemming A W, Teare P T *et al*. Surgical management of choledochal cysts. Am J Surg, 1994; 167(5): 497

5 Hewitt P M, Krige J E, Bornman P C *et al*. Choledochal cysts in adults. Br J Surg, 1995; 82(4): 382

6 Nagata E, Sakai K, Kinoshita H *et al*. Choledochal cyst: complication of anomalous connection between the choledochus and pancreatic duct and carcinoma of the biliary tract. World J Surg, 1986; 10(2): 102

(收稿:1996-05-29;修回:1996-11-22)

(编辑 张大春)

Surgical management of 98 patients with type Ⅰ congenital choledochal cysts

Bie Ping, Cai Jingxiu, He Zhenping, Han Benli, Gu Hongguang, Li Zhihua, Zhou Yongbi, Dong Jiahong, Wang Shuguang (Department of Hepatobiliary Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 630038)

Abstract Objective: To summarize the experiences of surgical management of type Ⅰ congenital choledochal cysts. Methods: A retrospective survey of various operative proceduses applied to 95 out of 98 patients treated in our department from January of 1977 to March of 1996 was conducted. Results: Of the 95 pa-

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

tients, 49 were operated on with complete cyst excision and choledojejunostomy, 21 with the excision of most of the cyst, the transection of the common bile duct and choledojejunostomy, 19 with excision of most of the cyst and choledojejunostomy, 4 with excision of most of the cyst and cholangiometajejunoduodenostomy and 2 with subtotal gastrectomy. **Conclusion:** The choice of a suitalte operative proceduse is very important in the primary management of patients with choledochal cysts and the cyst should be excised as thasoughly as possible and it should be avoid to lave a large cystic cavity in the lower past the common lile duct.

Key words common bile duct diseases; congenital choledochal cyst

急性肺损伤炎性细胞因子表达调控及治疗研究*

A study on experiment acute lung injury cytokine gene expression, therapeutic effect of pentoxifylline, and the role of CD14 in cytokine release

徐剑铖 毛宝龄 (第三军医大学附属新桥医院呼吸内科研究所) 重庆, 630037

急性呼吸窘迫综合征(Acute respiratory distress syndrome, ARDS)是多种原因引起的一种严重的急性肺损伤(Acute lung injury, ALI),尽管发病机理不很清楚,但一般认为是机体过度炎症反应导致肺血管内皮和肺泡上皮广泛破坏的结果。目前对这一炎症反应的规律与机理并未完全弄清楚;对这一炎症反应过程中介质生成与释放的调控因素也缺乏明确、肯定的认识。本实验通过静脉注射大肠杆菌脂多糖(LPS)或盲肠结扎穿孔的方法,分别复制内毒素性及脓毒症性大鼠 ALI模型,侧重观察 ALI发病过程中,肺组织内炎性细胞因子 TNFα、IL-β、IL-6、IL-8 mRNA表达,和外周血相应细胞因子含量或活性的改变;探讨己酮可可碱(Pentoxifylline, PTX)的防治作用及机理。同时还采用 ABC法对 ARDS病人外周血单核细胞 mCD14进行观察;并应用细胞培养的方法,对炎性细胞因子生成与释放的调控机理进行了初步探索。取得如下结果:

(1) LPS诱发大鼠 ALI的过程中,肺组织 TNFα、IL-β、IL-6、IL-8 mRNA表达明显增多,其中 TNFα mRNA表达高峰在注射 LPS后 1 h, IL-1β 在 2 h, IL-6、IL-8在 4 h;血清中相应细胞因子的含量或活性明显增加。

(2)在脓毒症性 ALI大鼠,肺组织内 TNFα、IL-β、IL-6、IL-8 mRNA表达水平更高,持续的时间也较长;血清中相应细胞因子含量或活性亦持续升高。

(3)在两种 ALI模型,早期应用 PTX具有如下作用:① 抑制外周血白细胞减少;② 减轻组织内的脂质过氧化反应;③ 一定程度上抑制体内炎性细胞因子的生成;④ 减低肺湿/干比值;⑤ 使 PaO_2下降的速度减慢、幅度减小;⑥ 提高脓毒症性 ALI大鼠的存活率。

(4) ARDS患者(n = 5)及正常人(n = 10)外周血 CD14阳性单核细胞的百分率分别为 94.3%± 1.5%、93.6%± 1.7%,两者间差别不明显(P > 0.05)。

(5)抗 CD14单抗 MEM-18阻断 CD14后,可大幅度抑制单核细胞在一定剂量 LPS诱导下产生炎性细胞因子;但大剂量 LPS作用时,用 MEM-18阻断 CD14并不能完全抑制炎性细胞因子的生成。

(6)有血清作用的情况下, LPS诱导单核细胞产生的炎性细胞因子明显高于没有血清作用的情况;但不管有没有血清存在,单核细胞在 LPS刺激下释放炎性细胞因子均可被 MEM-18显著抑制。

(7)大剂量 LPS作用下, PTX与 MEM-18共同作用对单核细胞释放炎性细胞因子的抑制作用,比各自单独作用时更显著。

以上结果表明:① 大鼠致伤后伴有炎性细胞因子 TNFα、IL-β、IL-6、IL-8在 mRNA及蛋白水平的高表达,因而为它们参与内毒素性 ALI及脓毒症性 ALI的发病提供了可能;② ARDS患者及正常人单核细胞对内毒素有较高的潜在识别能力;③ CD14在 LPS介导的炎性细胞因子生成与释放中具有重要地位, LPS可直接作用于 CD14诱生炎性细胞因子,血清能显著增强 LPS与 CD14的相互作用,而 PTX与抗 CD14单抗可以协同抑制炎性细胞因子的产生;④ PTX对大鼠内毒素性 ALI及脓毒症性 ALI均有一定的防治作用,主要表现在改善动脉血氧合,减轻肺水肿形成,提高脓毒症性 ALI大鼠的存活率等方面,其机理可能与抑制白细胞趋化与激活,减少肺内白细胞渗出及活性氧产生,一定程度上抑制炎性细胞因子生成等有关。

关键词 急性肺损伤;内毒素;脓毒症;肿瘤坏死因子α;白介素-β;白介素-6;白介素-8;己酮可可碱; CD14;单核细胞;急性呼吸窘迫综合征

中图法分类号 R563.8

(收稿: 1996-12-10;修回: 1997-01-02)

(编辑 王 红、沈锡庚)

* 国家自然科学基金资助项目 No. 39500064

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