DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.03.034

医源性损伤所致胆管狭窄的治疗

The surgical treatment of iatrogenic strictures of the bile duct

陈 平 韩本立 何振平 曹登科* （第三军医大学附属西南医院肝胆外科中心）重庆,630038

胆管损伤是胆囊切除术常见的严重并发症。据Andren-Sandberg[1]报道胆管损伤的发生率为0.1%，国内姚秉礼[2]报道为0.81%。由于损伤后处理不当或未进行处理而引起胆管狭窄，形成胆管结石和加重肝脏损害，重者危及病人生命。我科自1986年以来，收治了来自外院的20例胆囊切除引起的损伤性胆管狭窄患者，经手术取得了满意疗效。现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

自1986年11月至1993年4月我院共收治医源性胆管狭窄20例（男10例，女10例）。年龄在27～65岁之间，平均46.4岁。除1例病人为急诊胆囊切除术引起胆管损伤外，其余19例为择期手术所致。

1.2 入院时情况

病人一般在胆管损伤后3～6个月来我院就诊。20例病人均表现有皮肤巩膜黄染和不同程度的右上腹隐痛或胀痛，5例病人同时伴有畏寒、发热，腹部压痛，血象高（WBC＞10×10^9/L）等急性胆管炎表现，有3例病人合并胆瘘，带引流管入院。入院后全部进行了B超或CT，PTC或ERCP检查，发现合并肝脓肿2例，胆管结石6例（见表1）。20例病人均有不同程度的肝内胆管扩张，扩张的胆管最大直径为2.5 cm。

表1 20例胆管狭窄病人的临床资料

入院情况	病例数	胆管狭窄部位	病例数
黄疸	20	Bismuth Type Ⅰ	6
急性胆管炎	5	Type Ⅰ	9
胆瘘	3	Type Ⅱ	3
胆管结石	6	Type Ⅳ	2
肝脓肿	2	Type Ⅴ	0

1.3 胆管损伤情况

胆管切断为19例，误扎1例，有4例胆管损伤后立即发现，进行了修补或吻合，但术后出现狭窄。有10例胆管损伤后未发现，术后2～3 d出现胆瘘、黄疸，再次胆道引流或胆肠吻合，但术后出现狭窄。根据Bismuth的胆管狭窄分类方法，20例病人胆管损伤部位见表1。

1.4 胆道修复情况

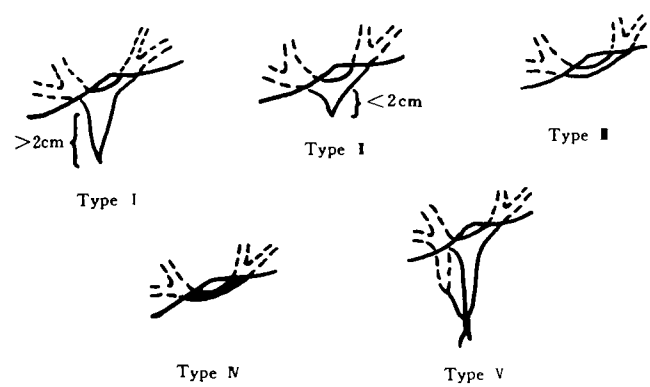
所有20例病人均再次在我院手术，其术式见表2。

表2 20例胆管狭窄患者的手术方式

术 式	病例数（人）
1.肝总管空肠Roux－Y吻合术	2
2.肝门部胆管整形肝胆管空肠Roux－Y吻合术	8
3.肝方叶切除，肝内胆管空肠Roux－Y吻合术	5
4.狭窄胆管成形，带蒂脐静脉修补术	4
5.胆管对端吻合术	1

2 讨论

根据Bismuth的分类方法[3]，把胆管损伤分为Ⅴ型，如附图所示。



附图 Bismuth H的胆管狭窄分型示意图

Ⅰ型即近端肝总管残余部份长度＞2 cm，Ⅱ型为近端肝总管残余部份长度＜2 cm，Ⅲ型为左右肝管汇合部狭窄，Ⅳ型为左右肝管狭窄，Ⅴ型为右肝管分枝或合并胆总管狭窄。从我们的资料来看，常见的损伤型狭窄是Ⅰ型、Ⅱ型，以Ⅱ型最为常见，多是由于胆囊三角

* 湖北省当阳市医院外科

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

解剖不清，或大块组织钳夹、缝扎造成肝总管损伤后所致。良性胆管狭窄常采用手术治疗和内窥镜下气囊扩张术。Paul[4]报道了101例良性胆道狭窄的病人，其中35例进行了外科手术，而66例则行内窥镜下气囊扩张术。他认为两种治疗方法具有同样的成功率。

本组病人全部为外科手术治疗，其目的是畅通胆流，但同时又要防止返流性胆管炎，结石形成，胆道再狭窄和胆汁性肝硬变等问题。从理论上说达到这个目的最好方法是在切除狭窄段瘢痕后胆管对端吻合，但我们的资料表明，只有1例成功地进行了胆管对端吻合修复，其主要原因在于切除瘢痕后，胆管两端距离太远，难以在无张力情况下吻合。如果在有张力情况下勉强对端吻合，很易引起胆管吻合口处组织缺血，造成术后胆瘘和再狭窄。Andren－Sandberg[1]也认为对胆管断裂伤后行胆管对端吻合术应慎重，因为术后易出现吻合口瘘、胆汁性腹膜炎等并发症，从而引起术后再狭窄。

胆管修补术也是治疗胆道狭窄的一种较好的方法。主要优点是仍然保持胆肠正常的解剖通路，对胃肠道消化、吸收功能影响较小。但其适应症小，仅适用于胆总管、肝总管的部分损伤，周围炎症较轻，狭窄段较短的病人。我们共进行了4例。其中1例为胃瓣带蒂大弯侧修补胆管术，另3例为带蒂脐静脉修补术。后者手术简单，易于推广，但其远期疗效仍有待于进一步观察。本组主要的治疗术式是胆肠 Roux－y 吻合，共有15例，占75%，具体术式我们采用了肝总管空肠 Roux－y 吻合，肝门部胆管整形 Roux－y 吻合和肝方叶切除，肝内胆管空肠 Roux－y 吻合，其术式的选择是与胆管狭窄的位置和长度，胆管周围炎症的程度，再次手术间隔的时间和外科医师的经验密切相关。

修复胆道狭窄进行胆肠吻合术要注意4点：①肝门部胆管的显露是整个手术成功的关键，主要通过肝门部解剖找到胆管残端或扩张的胆管，困难者可沿肝圆韧带劈开肝方叶寻找左肝管横部；或肝方叶切除以显露高位胆管。②尽量显露正常的近端胆管，强调正常胆管或接近正常的胆管，就是避免在瘢痕或纤维化明显的胆管上吻合，这对于防止术后再狭窄具有重要作用。为了充分显露正常胆管，我们有5例病人进行肝方叶切除。③肝门部胆管整形，在狭窄时间不长，肝内胆管扩张不明显或 Bismuth Ⅰ型和Ⅱ型病人肝门胆管整形显得更为重要，常用方法是切开左肝管，形成“喇叭口”样吻合，以获得足够宽大的吻合口。④准备合适的空肠，在无张力、扭曲等情况下吻合。在胆肠吻合口处，注意尽量粘膜对粘膜进行吻合，防止小肠粘膜内翻过多引起胆汁引流不畅和胆瘘，这也是减少术后再狭窄发生而值得重视的一个重要环节。

关键词 胆囊切除术/并发症；胆管疾病/外科手术

中图法分类号 R657.46

参考文献

1 Andren－Sandberg A. Accidental lesion of the common bile duct at cholecystectomy. Ann Surg, 1985; 201: 452

2 姚秉礼. 胆肠吻合术治疗医源性胆道狭窄20例疗效观察. 新疆医学院学报, 1990; 13: 103

3 Bismuth H. Postoperative strictures of the bile duct. Clinical Surgery International, 1982; 5: 209

4 Paul HP, Davids M, Andras KF. Benign biliary strictures: surgery or endoscopy? Ann Surg, 1993; 217(3): 237

(收稿：1994-08-06；修回：1995-01-19)

恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭15例临床分析

Clinical analysis of 15 cases of acute respiratory failure compilcated by malignant tumours

关华军 武毓温 张楚毅 （第三军医大学附属新桥医院肿瘤治疗中心）重庆，630037

恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭是恶性肿瘤较为常见的致死原因，治疗困难，病死率高。现将我院1990～1994年间确诊的15例恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭病例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组15例中男性11例，女性4例，年龄21～75岁。平均52岁。14例死亡，病死率93%。

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