DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.018

胆外瘘的外科治疗

何振平 韩本立 钱光相 （西南医院 肝胆外科）

胆汁从胆系经肉芽组织或上皮包绕的病理通道排出体外称为胆外瘘。它是肝胆疾病、损伤与手术的并发症，长期、持续、完全性胆瘘对身体危害很大。本文报告我科近5年来连续收治32例的治疗经验。

临 床 资 料

32例中，男18例，女14例，年龄8～70岁。胆瘘病因见表1；胆瘘与胆系沟通部位见表2；胆瘘持续时间.23天至3年不等，见表3；胆汁流量：50 ml/日以下4例，50～200 ml/日6例，200 ml/日以上17例，最多达1800 ml/日以上。治疗：非手术治疗6例，最常用生理盐水瘘道内灌注及抗菌换药治愈。1例死亡。针对病变及梗阻因素采取确定性手术26例效果良好（表4）

表1 胆外瘘的病因

病因	例数 (%)
1. 原发炎症性狭窄或/和结石	16
2. 创伤后性	9
a)肝胆外伤	(4)
b)胆管手术损伤	(5)
3. 原发硬化性胆管炎	2
4. 左肝管硬化型癌	1
5. 肝包虫囊肿术后	1
6. 胆管囊肿术后	1
7. 胆囊癌	1
8. 胆管横断，胆肠Y型吻合术后，空肠扭转坏死术后	1
计	32

表2 胆瘘与胆系沟通部位

部位※	例数 (%)
CBD	5
CBD+十二指肠	5
CHD	6
Li	7
CBD+LHD	2
CBD—空肠吻合口	1
RHD	1
CBD+LHD+RHD	1
ai	2
Pi	1
胆囊	1

※ 中华外科杂志 1983；21：374

表3 胆瘘持续时间

时间	例数
1月内	3
2～6月	10
7～12月	14
1～2年	4
2～3年	1
计	32

表4 32例胆外瘘既往手术方式及例次

手术方式	例次
胆囊切除	1
胆管探查引流	34
左肝管狭窄切开整形	9
右肝管狭窄切开整形	2
左右肝管切开整形	4
肝总管狭窄扩大	1
U管支撑	8
左外叶切除	5
左半肝切除	3
不规则肝切除	2
胆管空肠Roux－cn－y侧侧吻合	34
间置空肠胆管十二指肠吻合	6
左外下胆管空肠Y型吻合	8
利用胆囊与右肝管及分支吻合	8
十二指肠修补	1
PTCD引流	1
利用胃壁修胆管	1
膈下脓肿引流	1

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

讨　　论

胆外瘘可分为自发性、创伤后及手术后性。胆瘘的发生与胆道管壁完整性的损害及损害以下的胆管阻塞有密切关系。自发性者是肝胆原发病变发展的结果。Hess 报道其发生率占所有胆外瘘的 0.12～0.8%，Henry 等 60 年内仅收集 37 例胆外瘘[1]。它多数作为胆囊结石的并发症：如坏疽性胆囊炎、胆囊周围脓肿向前腹壁破溃或切开引流后造成。本组 1 例胆囊癌并胆囊积脓，急诊行胆囊造瘘、拔出造瘘管后，外口反复红肿、溃破流脓及粘液，二期手术未能切除。此种粘液瘘更多见于胆囊管已为结石堵塞而行造瘘术后。肝包虫囊肿由于囊内压力高于周围，常与肝内胆管相通而继发感染，其子囊可破入胆管内引起阻塞[2]，感染囊肿的手术引流，术中杀头节惯用的福尔马林及高渗盐水可引起腐蚀性硬化性胆管炎[3]，均是导致胆瘘发生的因素。本组 1 例肝包虫囊肿在他院手术引流后，我院证实胆总管下段狭窄阻塞并发右肝管分支外瘘，行右肝部分切除，右肝内胆管与胆囊吻合，以间置空肠架桥，连结胆囊、胆总管与十二指肠，效果良好。肝管硬化型癌易并发胆管阻塞、感染及积脓，甚至可向腹壁溃破成瘘，本组 1 例予以切除左半肝治愈。

持续性胆外瘘在我国最多见于胆管炎性狭窄或/和胆管结石术后，由于狭窄、结石阻塞的因素仍存，近端胆管壁的切开与引流均可发生。由于狭窄依次多发于左肝管口及 2 级分支处、肝门部，故左肝内胆管瘘多见，本组 7 例。常见的处理失当是左肝管口狭窄未能解除，而作了左外叶切除或部分切除，又未加作 Longmire 吻合，致使残留左肝管成为闭袢状感染灶、胆管积脓，溃破成瘘。左肝管外下支汇入左肝管成角，多引流不畅，肝方叶肿大时尤然，其与左肝管外上支汇合处常有狭窄，即使解除了左肝管口及肝门部狭窄也不能使该部外瘘愈合。这种复合性狭窄均要一一处理。不能解除的狭窄要切除狭窄以上的含石病损肝叶，或加作狭窄以上的肝管肠道的吻合，另要注意右侧叶、段肝管汇入左肝管的变异(6%)，此种异常易并结石，在行左肝切除时，防止将其开口缝闭导致肝萎缩与积脓。

外伤性胆瘘多发于上腹部及肝外伤后，它多见于非根治性伤口处理、伤腔残留、纱布填塞止血及盲管伤。由于肝组织不具收缩力，血管与胆管损伤后呈张开状，致胆汁外溢及出血不止，对受伤肝组织的缝合止血，也同时将破损肝管分支缝扎，因而通常不易发生胆瘘；如伤处形成死腔、继发感染，肝组织液化坏死，伤处以下的胆道有梗阻则易形成胆瘘。75% 发生在伤后 10～30 天[1][4]。本组 4 例中，2 例为肝门以下胆管横断伤，2 例合并右肝管及右后支裂伤。前者一期引流肝下胆汁聚集形成外胆瘘，3 个月后行肝门部胆管空肠 Roux－en－y 吻合。右肝管断裂者，利用胆囊与之近端吻合，加用 U 管支撑，再连结胆囊与空肠(Roux－en－y式)，右后支胆瘘，由于深在、细小，一期难以修复，待引流形成成熟的瘘道后，再次手术顺瘘道达及右肝胆管断裂处，利用胆囊—Roux－en－y 空肠段与之吻合，并用 U 管支撑，效果满意。

胆管手术损伤是胆瘘的重要原因，多由炎症疤痕病变损害了解剖关系，胆道变异、胆管壁缺血坏死，术者经验不足所致，多发生于胆囊与胃切除术后[5]。此等病人在早期重要的是保持引流通畅，二期由有经验的医师进行一次性成功的修复手术，进行胆肠内引流，疤痕严重者，加用 U 管支撑，限局性肝外胆管狭窄者，可用带血管蒂的胃壁或空肠壁修补。本组共 5 例。

手术后胆瘘可以是治疗性的：如化脓性胆囊炎、胆管炎的胆囊造瘘与胆管引流术以及肝门部胆管肿瘤的 PTCD 术，如果胆汁回流至肠腔受阻，手术本身(在阻塞点以上胆管切开或穿刺)便酿成胆瘘的条件。本组 1 例

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

胆管囊肿(IV型),在外院作了总胆管囊肿引流、右后肝管囊肿的PTCD引流及左外叶胆管引流术,而未处理肝门部狭窄及结石梗阻,胆胰管合流异常,以致病人形成胆胰外瘘,每天1800 ml,消耗明显,后经肝外囊肿切除,肝门部狭窄切开整形,肝门部胆管空肠Y型吻合及左外下肝管瘘口处Longmire吻合,右后肝管U管支撑治愈。2例原发性硬化性胆管炎,肝门以下闭锁,肝内胆管略扩张,为暴露肝门及一级分支,需从肝中裂以左劈开方叶达肝门顶部,有1汇入左肝管横部的异位胆管被切断发生胆瘘。1例于瘘道形成后,移植于空肠加用U管支撑,1例利用胆囊、再连以空肠治愈。

胆瘘流量200 ml/日以下,对身体无大危害。长期丢失大量胆汁可致消瘦、虚弱、易激动、失眠、低白蛋白血症,出血倾向、低钾、钠、氯、钙,代谢性酸中毒,甚至贫血及骨质疏松。胆瘘如引流不畅常加重胆道感染,瘘口长期换药给病人带来烦恼。胆瘘持续超过6周,自愈可能性小。手术目的是在阐明原因、梗阻因素与部位基础上(采用瘘道造影、PTC、ERCP及术中胆管造影)去除梗阻因素,作胆瘘内口以上胆道或胆外瘘道与胃肠道的吻合,后者需瘘道成熟稳定不少于8周[1],术前2周开始作术前准备,纠正脱水与电解质失衡、贫血及低蛋白血症,改善凝血机能,并补充胆盐、设计完善的手术方案,在3月内进行手术。对无梗阻因素的胆瘘,尤其是肝内胆管瘘,保守治疗可望成功,勿急于手术。

参 考 文 献

1. Цыбырно КА, итд. Желчные свищи диагностика и лечение. 1983
2. Alper A. Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts liver. Br J Surg 1987; 74: 243
3. Belghiti J. Caustic sclerosing cholangitis. Arch Surg 1986; 121: 116
4. Лохвицкий СВ. Травматический повреждения внепеченочных желчных путей. Хирургия 1985; 1: 27
5. Andren-Sandberg A. Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy. Ann Surg 1985; 201: 45

(收稿: 1988.9.19; 修回: 1989.2.10)

主动脉窦瘤破裂的外科治疗(附11例报告)

张载高 刘欲团 史镭运 杨国泰 徐日兴 褚衍林 (新桥医院 心血管外科)

我院从1974年4月至1986年12月共施行主动脉窦瘤破裂修补11例,占同期体外循环手术1.56%(11/700),现将其治疗体会介绍如下。

临 床 资 料

本组中男性7例,女性4例。年龄17～40岁,平均26岁。突然起病7例,多数发生于负重或情绪激动时,表现有心悸、气短,呼吸困难,胸痛等,其中4例伴进行性心衰。从突然起病至手术时间为1月～2年。4例发病时间难以明确,其中2例幼年即有心脏杂音。全组均于胸骨左缘2～4肋间闻及Ⅲ～Ⅴ/6连续性或双期杂音,部位表浅,并伴有震颤。脉压5.87～19.2 kPa,其中6例大于8.00 kPa。合并畸形有:室缺6例(占全组54%),主动脉瓣脱垂关闭不全2例。心电图示左室肥厚4例,心肌缺血3例,正常者4例。胸片及计波常见肺血管纹理增多,肺动脉段突出,左心尖向左下延长。主动脉搏动增强或有陷落波。4例作右心导管检查,均存在明显左→右分流。肺动脉压大于6.00 kPa 3例,压力正常1例。4例逆行主动脉造影,均见造影

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