DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.016

返流性胆管炎的诊断与治疗—附60例临床分析

何振平 刘永雄 钱光相 韩本立 （第一附属医院 肝胆外科）

返流性胆管炎，临床上常见，治疗方法尚未统一。我科1980～1986年收治60例，现报告于后。

临床资料

60例中，男19例（31.7%），女41例(68.3%)。年龄：20～67岁，其中41～60岁者为2/3。除1例外均有胆道手术史（1～4次）。病程：＜2年者8例；2～5年者16例；5～10年者8例；10～20年者21例；＞20年者7例。主要症状：腹痛+发热43例(71.7%)；腹痛+发热+黄疸者11例(18.3%)；仅腹痛或发热各3例（5%）；以上症状并反复呕吐者7例（11.7%）。返流方式：经胆总管十二指肠吻合口者28例（46.7%）；经切开成形的Oddi括约肌返流者11例（18.3%）；经功能失调的胆管下端者10例（16.7%）；经胆总管十二指肠内瘘者5例（8.3%）；经胆管空肠吻合口返流者6例（10%）。另有7例因返流已行治疗性胃部分切除、毕Ⅰ式吻合，术后由于输入袢淤积导致返流复发。本组病例经GIS检查35次；ERCP检查28次；GIS+ERCP28次。其影像学发现：钡剂返入胆道者85.7%；胆道积气61.7%；肝内胆管均表现为胆管粗细不匀，管壁僵直变细呈枯树枝状，小分支闭锁等硬化性胆管炎改变。发现肝管结石和/或狭窄11例（18.3%）。ERCP可显示胆管下端松弛；发现乳头旁瘘瘘口及胆管十二指肠吻合口；甚至瘘口或吻合口内的食物碎屑等。治疗：非手术治疗12例（20%），均暂时好转，死亡1例。手术治疗48例（80%），均治愈，详见附表。

附表 返流性胆管炎的手术治疗

手术方式	例数	%	转归
胃大部切除，毕Ⅰ式吻合术	24	50	愈
近端对大弯吻合	(14)		
近端对小弯吻合	(10)		
胃大部切除，Roux-en-y式胃空肠吻合术	8	16.7	愈
胆管横断，胆管空肠Roux-en-y式吻合术	7*	14.6	愈
胆管横断，间置空肠-胆管十二指肠吻合、人工乳头术	4	8.3	愈
输入袢与输出袢侧侧吻合（胃大部切除毕Ⅰ式吻合术）	(2)△		愈
延长胆管空肠吻合的旷置空肠袢达50cm以上	5	10.4	愈
计	48	100	

* 包括3例胆管十二指肠吻合口拆除术在内

△ 与其他手术并用之

讨论

返流性胆管炎的病因可分为自发性与手术方式的并发症。属自发性者有Oddi括约肌弛张型功能失调与乳头旁瘘。前者多并于原发性胆管结石症，括约肌发生弛张并关闭不全。后者多见于继发性胆管结石于胆管下端嵌顿致壶腹前胆总管压迫坏死、穿孔、甚至结石排入肠腔形成内瘘。本组10例Oddi括约肌功能失调，病程10年以上者7例（70%）。ERCP发现胆管下端松弛，手术时8号扩张器可顺利进入十二指肠；胆道测压时发现逆向收缩多，收缩频率加快，对胆囊收缩素反应异常，导致胆汁淤滞，暂时性梗阻与扩张等[1][2]。此等病变的后果常被并存的结石及炎性狭窄而掩盖。属手术方式并发症的返流占多数，本组占73.2%。胆总管十二指肠侧侧吻合术并发者最多。既使吻合口通畅，由于胆肠吻合口与胆管下端间的胆管盲段存在，食物碎屑、胆汁及十二指肠液滞留、淤积、细菌滋生，胆系菌丛的改变（类似结肠菌丛），引起所谓菌胆症[3][4][5][6][7]，发生胆管炎，甚可形成结石并堵塞吻合口。本组

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的28例中，因返流接受手术治疗者，70%需10年以上时间。而早期（5年之内）施术的10例中，7例合并肝胆管结石和/或狭窄，余3例存在双重返流及逆行感染因素：1例合并Oddi括约肌功能失调及乳头旁瘘；1例胃空肠吻合术后继发返流；1例胆管下端开口于十二指肠憩室内。Oddi括约肌切开成形术后的返流，除菌胆症外，还有胰液、肠液返入胆道的影响。十二指肠肌缩力强，常有逆蠕动，加重返流。本组11例中，8例（72.7%）于3～5年内施术，此等说明该术式比胆管十二指肠吻合术返流严重，反映了胰液返流，胰酶作用的影响。两种术式均可降低胆内压至零[8]。对于肝胆管结石症，由于1～2级分支常并狭窄及取不尽的结石，且多合并Oddi括约肌功能失调（弛张型），我们主张不采用上二种术式。关于内瘘所致返流者，本组有3例系T形管压迫十二指肠形成胆管十二指肠内-外瘘，此种返流量大而严重，1例带管8年，发生严重胆管炎及十二指肠外瘘而死亡。经胆管空肠Roux-en-y型吻合口返流者，皆因旷置袢短于35cm，其中1例为Whipple术后，6例中5例在5年内施校正手术一延长旷置袢至50cm或加作人工乳头或套叠防治返流。

返流性胆管炎的诊断主要根据上腹痛及发热症状、结合相关手术史，结合ERCP及GIS的阳性发现及特征性的继发性硬化性胆管炎的X线影像，并不困难。但还必须确定造成返流的病因及方式，采取相应的手术治疗。

非手术治疗包括针对菌胆症采用抗生素及利胆剂以利胆汁泌泄，一些病人可缓解症状。利用制酸剂及H_2受体阻断剂甲氰咪胍、降低胃酸分泌，减少胆囊收缩素—促胰酶素的分泌，可减轻胆道的刺激与症状。

手术治疗以胃大部分切除、胃空肠吻合（毕Ⅱ式及Roux-en-y式）术与胆管横断加胆管空肠Roux-en-y吻合或间置空肠、胆管十二指肠吻合、人工乳头术为主。前者，如行毕Ⅱ式吻合，务须要防止输入袢淤积，本组5例由此继续返流，均为近端对小弯的术式。通过改为Roux-en-y式胃空肠吻合或加作输入、出袢侧侧吻合治愈。后者术式优点多：1．避免了胃切除及其并发症；2．阻断返流彻底，对各种返流有效，也可治疗不能切除的乳头旁十二指肠憩室[9]及胆管下端囊肿引起的胆道上行感染，对于胰胆管合流异常更有其优越性，对于并存的肝胆管结石病变，本身即是治疗术式之一。我们认为：Oddi括约肌一旦损害严重，其防止十二指肠液返流入胆胰管及胆管、胰管间相互返流的作用便告失效，从外科去掉病灶的原则考虑，胆管横断是完全废绝括约肌损害后干扰胆道功能的根本措施。横断点以下胆管，只是在下端完全闭塞时，才可加用Oddi括约肌切开术，否则缝闭即可。对胆管下端狭窄并胆管扩张明显，仅老年体衰者可酌用胆管十二指肠吻合术外，余者均可考虑使用胆管横断、胆肠吻合术。

参考文献

1. Toouli J, et al. Monometric disorders in patients with suspected sphincter of Oddi dysfunction. Gastroenterol 1985; 88:1243
2. Cuschieri A. Incidence for sphincter dysfunction in patients with gallstone associated pancreatitis: effect of ceruletide in patients undergoing cholecystectomy for gallbladder diseases and gallstone associated pancreatitis. Br J Surg 1984; 38: 1387
3. Akiyama H, et al. Unexpected problem of external choledocho-duodenostomy fiberscopic examination in 15 patients. Am J Surg 1980; 140:660
4. Thomas E, et al. Baterial flora in the duodenum of patients after biliary fenestraction. Br J Surg 1973; 60:170
5. Goldman LD et al. Recurrent cholangitis

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

after biliary surgery. Am J Sur 1983; 145: 450
6. Stuart M, et al. Late result of side-to-side choledochoduodenostomy and of transduodenal sphicterotomy for benign disorder. Am J Surg 1972; 123: 67
7. Baker AR, et al. Sump syndrome following choledochoduodenostomy and its endoscopic treatment. Br J Surg 1985; 72: 935
8. Lygidakis NJ, et al: The significance of intrabiliary pressure in acute cholangitis. SGO 1985; 161: 465

肺切除支气管残端结扎术——附172例报告

龙子善 （第一附属医院 胸外科）

肺切除支气管残端结扎法自报导以来已广泛用于临床，效果良好。我院自1976年5月～1987年4月行肺切除支气管残端结扎术172例，无一例并发支气管胸膜瘘。本文对结扎法的优点、适应症及如何避免肺癌术后残端阳性进行讨论。

临床资料

男125例，女47例，年龄7～74岁，21～60岁占153例（88.9%）。病理类型：肺癌68例(39.5%)，其中31例为中心型。良性病变104例(60.5%)，依次为肺化脓症46例，肺结核35例，炎性假瘤、错构瘤及肺大疱肺叶切除各6例，其它5例。手术方式：肺叶切除（含2叶者）150例，全肺切除21例，肺段切除1例。

结扎方法基本同我校二院的报导[1][2]，改进的是不作腔外环缝。在肺动静脉结扎切断后，游离支气管，尽量保留支气管残端的周围组织，以7～10号丝线在近心端支气管软骨环之间结扎，距结扎线远端0.5cm处置直角钳，切断支气管，残端呈喇叭口样，用石碳酸、酒精、盐水处理残端，并用胸膜或肺组织缝盖。除残端过短者加用腔外环缝结扎外（缝针勿穿透管腔），一般可用7号丝线加强结扎一次。对肺化脓症患者，在肺动脉处理后，可先结扎支气管近端，待结扎切断肺静脉后再切断支气管，这样可减少肺充血及术中失血，并有利于操作。

结果：本组标本均作病理检查，仅2例肺癌残端阳性，愈合良好，无1例并发残端瘘。

讨论

一、优点和体会 此法将支气管残端原开放处理改变为闭合处理[1][2]，方法简便省时，避免污染胸膜腔，术后并发症少，值得推广。在操作中我们体会如下：

1. 结扎线须置于软骨环之间才能扎紧。扎紧的标志是结扎处细小而远端呈喇叭状，将残端埋于水下鼓肺试验无漏气。否则应在原结扎线稍上或下方重新结扎，达到扎紧的目的。

2. 残端勿过短以免滑脱，一般0.5cm即可。

3. 残端粘膜经石碳酸、酒精、盐水处理后，对可能留下的病灶有灭活作用，我们认为比用碘酒、酒精消毒更为可靠。

4. 对肺化脓症先引线结扎支气管，可避免患肺分泌物流入保留肺内。此外，肺动脉及支气管动脉均先行结扎，而肺的残余静脉血尚可回流，肺组织含血量减少而萎缩，便于操作及减少术中失血。

二、适应症及如何避免肺癌术后残端阳性 本法适用于肺切除病例。对肺良性病灶及周围型肺癌更是绝对适应症。对中心型肺癌并非禁忌，应根据具体情况选择不同的

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net