DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.04.020

胆管－空肠Roux-en-y式吻合术后吻合口下巨大结石梗阻二例报告

周永碧　　刘永雄

（第一附属医院　肝胆外科）

病例报告

例1，女，37岁，因肝内胆管多发性结石、肝总管上端环形狭窄于1966年1月行狭窄切开胆管－空肠侧侧 Roux-en-y 式吻合术。吻合口长4.5cm。左右肝管置T形管短臂，长臂经空肠前臂引出。术后经T形管造影，肝内外胆管无结石残留。术后第4年起，又发生腹痛，伴发冷、发热。每年1～2次，每次2～3天。1975年以来，发作时病情加重并巩膜黄染。近半月来呈弛张热而急诊入院。体检：消瘦，巩膜黄染，心肺无特殊。腹平，右上腹明显压痛，肝右锁骨中线肋缘下 4cm，剑突下5cm，有压痛和扣痛，脾在肋缘下2cm。B超显示肝内胆管扩张，肝门胆管密集强光点。于1984年12月5日在全麻下行急症胆道探查，肝表面有散在针尖大白色小脓灶，未发现融合的大肝脓肿，切开胆肠吻合口处空肠前壁，见4.5×4×3.5cm 铸型结石一枚，位于吻合口紧下方之空肠内，将吻合口堵塞。结石表面附着松软的胆泥，予完整取出。再探查胆道，肝内外胆管均无结石，吻合口亦无狭窄。唯结肠上方空肠袢与右肝下粘连较紧，加之原紧靠右肋缘外侧的T管引流口呈索状牵拉，肠袢盘曲于肝下有三个弯曲成90度角，致胆汁引流不畅。分离、松解空肠袢粘连并调整空肠位置后，关腹。术后第11天，体温上升达39.5℃，肝区疼痛、扣痛，经B超证实，肝右后上区脓肿，穿得黄绿色稠厚脓液 40ml，培养为大肠杆菌生长。二次穿刺排脓后治愈出院。

例2，女，42岁，因原发性肝胆管结石，于1976年9月24日行胆囊切除，胆管－空肠 Roux-en-y 式侧侧吻合术。吻合口长 5cm。置T形管法同例1。术后经T形管造影，胆系无结石残留。4年后又发生腹痛，伴发冷、发热，无黄染。每年发作6～12次每次持续一周许。1981年静脉胆道造影（IVC），胆系显示无明显结石。于1982、1983、1984年分别作IVC检查，显示肝门胆管内有斑点状负影，逐年增多。1985年第五次IVC见肝总管处有巨大圆形透光影，约4.7×5.1cm，胃肠钡餐检查，透光影与胃肠道无关。逆行胰胆管造影（ERCP）示肝门区巨大透光影，并肝内胆管积气。B型超声示肝门区 4.5×2.6cm 稍增强回声伴声影，不能排除结石。于1985年3月再手术探查，见肝右前叶纤维化萎缩，与上行空肠段紧密粘连，并在肝下成角折曲。肝门部空肠吻合口处可门扪及巨大结石。切开吻合口前壁之空肠，见一结石骑垮于胆管和空肠吻合口，尖端伸向肝内胆管，约5.1×5×4.5cm 大小。肝内外胆管无异常发现。取出结石，放置引流，分离松解成角之空肠袢后关腹。

讨　论

一、胆管－空肠 Roux-en-y 式吻合术是治疗肝胆管结石病常用的内引流术。在解除梗阻、清除病灶的前提下，通常能达到引流胆道的目的。上述二例于术后第四年开始出现间歇性腹痛，发冷发热等胆管炎表现，以后逐年加重并出现黄染。由于已行胆道内引流术，有关胆道系统的检查受到一定的限制，多于门诊作抗感染治疗，延长了病变的确诊。例1于病症反复发作14年后，以急性化脓性胆管炎行急症胆道探查后方明确诊断。由于病情加重并发了胆源性肝脓肿。例2连续5年，门诊先后5次IVC和一次ERCP，结合B超检查明确诊断。说明胆道内引流

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

术后的胆管炎发作并出现黄疸的病例，往往有梗阻因素存在。此二例肝内胆管无残留结石而在吻合口处空肠内形成如此巨大结石，造成胆道梗阻，实为少见。

二、结石形成的原因　根据本文两例术中所见，分析巨大结石形成有三个重要因素：（1）上行空肠袢在肝下盘曲过长，粘连成角，致胆汁排空不畅；（2）T形引流管的长臂径路：T形管短臂应用，以能达到引流肝内胆管为目的，关键在于长臂的径路应用。例1的T形管紧贴肝面，由肋缘下引出体外，所形成窦道偏上、偏外，使上行空肠袢拉向外上再转向内下结肠后，致牵拉成角；（3）肝右叶的萎缩，上行空肠袢粘连于肝脏面致牵拉折叠成角，阻碍了空肠内胆汁的顺利排空，加之由此而引起的逐渐加重的胆管炎反复发作，异致结石形成〔图1（1）（2）〕。二例结石均位于胆肠吻合口下方的空肠内，

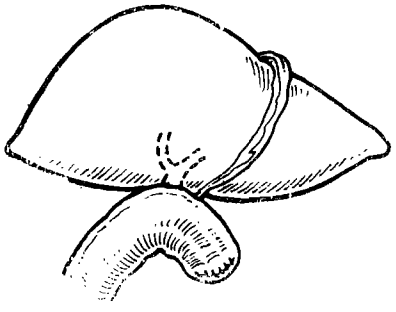


图1（1）　正常胆肠吻合式

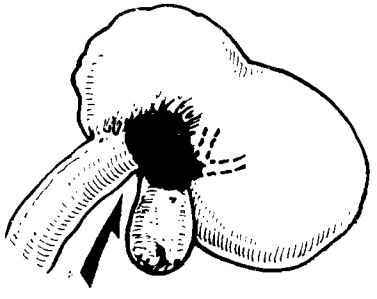


图1（2）　右肝萎缩，上提上行空肠袢致成角畸形，结石形成于吻合口下空肠内

可能为上述因素提供佐证。

三、结石特点　此二例巨大结石病例均从胆道内引流术后第四年开始病症复发，以后间歇期逐年缩短，症状逐年加重，后期出现黄疸，说明结石逐渐增大对胆道造成梗阻。从例2病症复发后连续五年五次IVC造影观察，从第二年到第四年肝门区即有逐年增多的斑块状影，第五年即见在斑块的部位形成一大圆形透光影，与术中取出的巨大结石相符合。结石以胆色素为主，位于吻合口处的空肠内，其尖端伸入胆道内造成梗阻。其特点为单个，巨大，与肠腔铸型，说明结石在肠腔逐年堆积已久，肠管随着结石增大而扩大，质松软，切面呈典型的同心圆状（图2），这可能与胆道感染的次数有关。

四、吻合口下结石的预防　重要的是作好手术中的处置。（1）由结肠后上行之空肠袢一般长20cm，已足以达到吻合口处无张力和空肠系膜血管弓不致过度牵拉。横结肠以上肝右下区过长空肠袢的壅塞，甚易致空肠折叠，扭曲成角，而当术后有吻合口漏胆汁、感染等情况时，更为严重；（2）T管长臂向外引出时，一般在吻合口下10cm为佳，其腹壁戳口不宜过分偏下、偏外，以避免空肠袢粘连扭曲成角；（3）胆肠吻合完成后，不宜与肝包膜尤其与胆囊床方向的肝包膜作不必要地缝合固定，如有可能，最好能在肝与空肠间以大网膜铺衬，以减少其间的粘连。



图2　结石松软，切面呈同心圆状

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