

· 经验交流 ·

胆总管囊肿并发穿孔 9 例诊疗分析

白 强 董克刚 方 辉

【关键词】 胆总管囊肿/诊断;胆总管囊肿/治疗

小儿先天性胆总管囊肿自发性穿孔很罕见,需要迅速诊断并进行手术治疗,诊断该病较困难,易误诊。2001~2011 年作者共收治 9 例,均经手术证实为胆总管囊肿自发性穿孔,现结合临床表现、诊断及治疗分析如下。

临床资料

一、临床资料

9 例中,男 2 例,女 7 例,年龄 3 个月至 6 岁,平均年龄 2 岁 5 个月,病程 3 d 至 2 周不等,平均病程 6 d。患儿均表现为腹胀、腹痛、呕吐,其中 6 例合并发热、黄疸,解白陶土样大便。均有全腹压痛,肠鸣音减弱或消失,行腹部 B 超或 CT 检查提示胆总管扩张,腹腔、盆腔大量积液。常规行腹腔穿刺,抽出草绿色腹腔液,并行腹水生化检验,9 例均提示腹水总胆红素明显增高,为 175~298 $\mu\text{mol/L}$,证实为胆汁,患儿均行剖腹探查术。

二、术中所见

术中均见大量胆汁性腹水,300~1 200 mL 不等。穿孔位于肝总管前壁 2 例,位于胆总管与胆囊管交界处 5 例,未找到明显穿孔部位 2 例,穿孔直径 0.2~0.5 cm 不等。囊肿类型:囊状扩张 6 例,梭形扩张 3 例。穿孔时间均 >3 d,腹腔内有轻度粘连,穿孔处水肿明显,腹腔内脏器表面有黄色脓苔覆盖。

三、手术方式及治疗结果

7 例于穿孔点行 T 管引流加腹腔引流术;2 例未找到穿孔部位的患儿切开囊肿前壁行 T 管引流加腹腔引流术。7 例患儿 2 周后顺利拔出 T 管出院,3~4 个月后行胆总管囊肿切除胆道重建术。2 例患儿因试阻断 T 管后出现腹痛、发热,行胆道造影提示:远端胆道阻塞,故未能拔管,2 个月后行胆总管

囊肿切除胆道重建术。9 例患儿均痊愈出院,随访 1 年,生长发育正常,无特殊不适。

讨 论

小儿先天性胆总管囊肿自发性穿孔罕见,需要迅速诊断并进行手术治疗。目前自发性穿孔的病因尚有争议,认为胰胆管合流异常导致胰液反流、囊壁薄弱是囊肿穿孔的主要原因。Okada 等^[1]发现婴儿出生后 1 岁以内胆总管未出现弹力纤维,1 岁以后胆道弹力纤维才逐渐出现,因此胆总管囊肿自发破裂可能与婴儿期胆道弹力纤维发育不完善有关。大多数患儿的穿孔发生在胆囊和胆总管的连接处^[2],这是因为约 60% 的胆道血液供应来自胰十二指肠后上动脉,38% 来自肝动脉,这些血管沿胆总管侧边走行,因此胆囊管和胆总管交界处血运最差。陈亚军等^[3-4]认为胰胆管合流异常引起的胆道梗阻导致胆道内压力急剧升高、婴幼儿胆道弹力纤维的发育不完善在局部血运不良的情况下加重了局部缺血。以上因素共同作用造成了胆道自发穿孔。本组患儿穿孔部位在胆囊管和胆总管交界者占 55%。

胆总管囊肿自发性穿孔点常很微小,本组穿孔直径 0.2~0.5 cm,胆汁缓慢流出,因此,胆汁性腹膜炎的急性发作很少见,诊断困难,误诊率较高,发现时间较晚。本组患儿手术时间均为发病 3 d 之后。作者认为对于不明原因腹胀、腹痛患儿应尽早行 B 超检查,对合并黄疸的患儿更应该提高警惕,发现腹腔大量积液者应常规行腹腔穿刺,若穿刺抽出草绿色腹水,腹水总胆红素值明显增高即可诊断为胆道穿孔。本组 9 例患儿均行腹腔穿刺,并行腹水生化检验;另外,B 超及 CT 检查对诊断有帮助。

因胆总管囊肿穿孔患儿发现时间多较晚,患儿常伴有营养不良和脱水,电解质紊乱,术前积极开展急救至关重要。胆总管囊肿合并胆道穿孔者均应经积极术前准备后尽早手术治疗,但手术方法仍有争论^[5]。因该病患儿一般情况较差,任 (下转第 74 页)