

# 儿童胆总管囊肿手术治疗 98 例

张雪琴<sup>1</sup> 魏 昊<sup>2</sup> 魏明发<sup>1</sup>

【关键词】 胆总管囊肿/诊断;胆总管囊肿/治疗;儿童

胆总管囊肿是儿童时期最常见的一种胆道畸形,表现为胆道的囊性扩张。现回顾性分析作者于 1986 ~ 2010 年手术治疗的 98 例先天性胆总管囊肿患儿临床资料,报告如下。

## 临床资料

### 一、一般资料

98 例中,男 36 例,女 62 例,年龄 7 d 至 13 岁,中位年龄 3.87 岁。临床表现:皮肤巩膜黄染 55 例,呕吐 44 例,发热 29 例,腹痛 57 例,腹部包块 30 例,肝肿大 37 例,脾肿大 14 例,大便白陶土色 31 例,小便浓茶色 12 例。60 例伴肝功能不同程度损害,谷丙转氨酶:44 ~ 523 U/L,平均 157 U/L;谷草转氨酶:41 ~ 662 U/L,平均 171 U/L。45 例血清胆红素不同程度升高,总胆红素 21.3 ~ 253.7  $\mu\text{mol/L}$ ,平均 101.1  $\mu\text{mol/L}$ ;结合胆红素:12.5 ~ 153.6  $\mu\text{mol/L}$ ,平均 66.8  $\mu\text{mol/L}$ 。

### 二、辅助检查

98 例经 B 超明确囊肿的位置及大小,其中合并肝内胆管扩张 20 例。95 例诊断为胆总管囊肿。25 例辅助 CT 检查及 32 例辅助 MRCP 检查,诊断结果均与 B 超一致。按照 Todani 分型,98 例均为 I 型。

### 三、治疗与结果

行胆总管囊肿十二指肠侧侧吻合术 7 例;胆总管囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合术 3 例;胆总管囊肿切除及空肠袢间置代胆道术 4 例;胆总管囊肿切除及阑尾间置代胆道术 10 例,术后胆汁漏 3 例,阻塞性黄疸 1 例;胆总管囊肿切除及肝总管十二指肠吻合术 1 例;胆囊及胆总管囊肿切除及肝总管空肠

Roux-en-Y 吻合术 73 例,术后胆汁漏 1 例,伤口裂开 1 例。其中 7 例因囊肿巨大和(或)全身情况差,曾先行胆总管囊肿外引流术。4 例胆汁漏均为术后 1 d 发生,予再次手术治疗痊愈。1 例阻塞性黄疸为术后 10 年因胆道结石引起,予代胆道阑尾切除及肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术后治愈。术后病理检查均符合胆总管囊肿。98 例均治愈,无死亡病例,3 ~ 6 个月后随访,无黄疸及腹痛等,无复发;72 例获 1.5 ~ 15 年随访,无复发,无恶变,仅 1 例胆总管囊肿切除及肝总管十二指肠吻合术患儿诉进食后上腹部不适,无其他异常。

## 讨 论

胆总管囊肿发病机制尚不清楚,大多认为是一种先天性胆管发育和结构异常所致胆管扩张,扩张的胆总管囊肿又使胆道引流不畅,胆汁淤留,并发胆管结石、胆管炎症,继而发生胆汁性肝硬化,甚至是胆管癌。据文献报道,囊壁癌变率为 10%,成人接近 20%<sup>[1]</sup>。

本病临床症状多典型,为腹痛、黄疸和(或)腹部包块,可间歇发作;合并胆管炎时,可伴发热、恶心呕吐等;合并严重胆道梗阻时,胆汁引流不畅,大便可呈白陶土色,尿液可呈浓茶色。以上症状长期反复出现,可发生肝脏肿大并继发胆汁性肝硬化。根据 B 超、MRCP 及 CT 检查基本可以确诊,血清转氨酶和(或)血清胆红素轻度升高有鉴别诊断意义。

B 超是最常用和最有价值的辅助检查,可以明确有无囊肿、囊肿位置和大小,并可用于监测病情发展和预后情况。有报道 B 超的有效诊断率可达 90% 以上<sup>[2]</sup>。CT 增强和 MRCP 可以较清楚地显示囊肿在腹腔中的空间位置关系以及胆胰管情况,在 B 超不能明确诊断时,可用于鉴别诊断。

本病一旦诊断明确,无论有无症状,均需尽早行囊肿切除及胆道重建手术。对囊肿大,其内淤留胆汁多者可直接行囊肿切除根治术,但易造成体内水

电解质平衡失调,内环境紊乱,剥离囊肿内壁范围广,渗血量多,增加手术和麻醉的风险。对囊肿巨大和(或)全身情况差(合并胆管炎、胆囊炎、肝功能异常等)者,可先行囊肿外引流术,并予抗感染、护肝利胆、对症支持治疗等,待病情改善(体温正常、炎症及黄疸消退、肝功能正常)及囊肿缩小后再行二期囊肿切除及胆道重建术。本组 7 例曾先行胆总管囊肿外引流术,囊肿大小均在  $10\text{ cm} \times 8\text{ cm}$  以上,并于外引流术后 1 周至 4 个月行二期囊肿切除及胆道重建术。

以往所开展的非囊肿切除的内引流术(囊肿十二指肠吻合术和囊肿空肠 Roux-en-Y 吻合术),虽然相对简单,但前者术后易发生十二指肠内容物反流和上行性感染,且由于不易做到囊肿低位吻合,可发生盲袋综合征;而后者选用肠袢 Y 形吻合,基本可以避免反流及感染。但两种术式均未完全切除囊肿,而残余囊肿有恶变风险,现已不予采用<sup>[3]</sup>。早期开展的胆总管囊肿切除及空肠袢间置代胆道术或阑尾间置代胆道术,虽然切除了囊肿,从根本上去除了病灶,且空肠和阑尾自身有良好的蠕动功能,有一定的抗反流作用,恢复了胆道通路。但前者手术相对复杂,需做三处吻合;而后者要求阑尾无病变及形态合适,有较严格的适应证。胆总管囊肿切除及肝总管十二指肠吻合术同样完全切除了囊肿,但十二指肠为混合食糜和消化液经常会发生强烈的逆蠕动,加上失去了括约肌的开关协同作用,极易引起胆肠反流和上行性感染。因此,上述三种术式现也较少选择。

胆总管囊肿切除及肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术是目前公认的首选手术方式<sup>[4-5]</sup>。本术式既能完整切除病灶,防止癌变,重建的胆道又符合生理要求,阻止了胆肠反流和胆胰合流,操作相对简单,术后疗效满意。作者体会:①诊断时需与腹腔内囊性肿块(囊性畸胎瘤、淋巴管瘤、右侧肾积水等)相鉴别,增强术中应变能力,作者曾遇到一例 2 个月患儿

术前诊断为本病,但术中却发现为 I 型胆道闭锁;②术前需积极治疗胆管炎及肝功能异常等;③多数病例合并胆囊炎症,应先切除胆囊;④术中需仔细检查胆道系统形态,了解左右肝管有无扩张及结石;⑤剥离囊肿内壁时,可于囊壁内外层之间注射肾上腺素生理盐水( $2.5 \sim 4:1\ 000$ ),以利于剥离并减少渗血,剥离中囊壁外层如渗血应仔细电凝止血、喷洒止血粉或以止血纱布处理;⑥仔细寻找囊肿远端通向十二指肠端的细小开口,剥离完囊肿内壁后,将该细小管道末端结扎,阻断胰液经共同通路反流至胆道系统;⑦严密缝合残存的囊肿后外壁,不留残腔,避免积液;⑧空肠胆臂保留  $30 \sim 35\text{ cm}$ ,肠壁于吻合口上方与胆壁浆肌层缝合固定  $8\text{ cm}$  左右,避免肠段太短造成反流及感染,或因肠段太长迂曲扭转而引起胆汁引流不畅;⑨于胆囊管口上方横断肝总管,保留并修整其口径为  $1.5\text{ cm}$  左右,与远端断端空肠全层吻合,避免胆汁漏和吻合口狭窄。

## 参考文献

- 1 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:567.
- 2 李建国,林志川. 先天性胆总管囊肿诊治 34 例[J]. 临床小儿外科杂志,2007,6(5):63-64.
- 3 Shimotakahara A, Yamataka A, Yanai T, et al. Roux-en-Y hepaticojejunostomy or hepaticoduodenostomy for biliary reconstruction during the surgical treatment of choledochal cyst: which is better[J]. *Pediatr Surg Int*, 2005, 21 (1): 5-7.
- 4 张军. 先天性胆总管囊肿的诊治进展[J]. 中国肝胆外科杂志,2007,15(6):477-478.
- 5 Hung MH, Lin LH, Chen DF, et al. Choledochal cysts in infants and children: experiences over a 20-year period at a single institution[J]. *Eur J Pediatr*, 2011, 170 (9): 1179-1185.