

30 例巨大胆总管囊肿的临床诊断和治疗分析

刘朝阳 张雁冰 卢 琪 周小渔

【摘要】 目的 探讨巨大胆总管囊肿在诊断及治疗方面的经验。**方法** 对 30 例巨大胆总管囊肿患儿的临床资料进行回顾性分析。**结果** 本组 30 例患儿中,有 4 例手术后出血,1 例术后出现胆痿,经保守治疗成功。其余患儿住院期间恢复顺利。随访 6 个月至 8 年,患儿均无腹痛、发热、黄疸等异常情况。**结论** 胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-Y 吻合术治疗巨大先天性胆总管囊肿效果良好。

【关键词】 巨大胆总管囊肿;胆总管囊肿切除;胆管空肠 Roux-Y 吻合术

Dignosis and surgical experiences of 30 cases of large choledochal cyst in children. LIU Zhao-yang, ZHANG Yan-bing, LU Qi, et al. Department of Pediatric Surgery, Children's Hospital of Hunan Province, Changsha 410017, China.

【Abstract】 Objective To summarize the dignosis and surgical experiences of 30 cases of large choledochal cyst in children. **Methods** The cilinical data of 30 children with large choledochal cyst were analyzed retrospectively. **Results** Among 30 children, 4 children had postoperative bleeding, one of biliary fistula child received conservative treatment successfully. Others recovered well during the hospitalization. During 6-month to 8-years follow-up, no complication such as stomachache, fever or jaundice occurred. **Conclusion** The resection of the choledochal cysts, with Roux-en-hepaticojejunostomy is effective in the treatment of large choledochal cyst.

【Key words】 large choledochal cyst; choledochal cyst excision; Roux-en-hepaticojejunostomy.

先天性胆总管囊肿定义为先天性胆管异常,不成比例扩张^[1]。至今病因不明,普遍接受的观点是胰-胆管合流异常^[2]。是最常见的一种先天性胆道疾病。目前胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术已作为治疗先天性胆总管囊肿的标准术式。鲜有文献讨论囊肿大小对其治疗过程的影响。现将我们 2009 年至 2012 年收治的 30 例巨大胆总管囊肿患儿临床诊治经验总结如下。

材料与方法

一、临床资料

本组共 30 例,其中男 21 例,女 9 例。年龄最小 5 个月,最大 2 岁。1 岁以下 21 例,1 ~ 2 岁 9 例。胆总管囊肿直径 10 ~ 15 cm 不等。临床表现均有间歇性腹痛,黄疸,有 18 例可以触及腹部肿块。手术前均经腹部 B 超和腹部 CT、MRCP 明确诊断。全部病例术后均经病理检查证实为先天性胆总管囊性扩

张症。

二、治疗方法

30 例中,7 例直接实施胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术;20 例因巨大胆总管囊肿常合并胆管炎,黄疸和肝功能损害,术前予禁食、抗感染等保守治疗 1 周左右,复查后具备手术条件实施胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术;3 例术前存在急性胆道感染,予禁食,抗感染等保守治疗,治疗期间胆管炎症状逐渐加重,予胆囊外引流术,术后 1 ~ 3 个月再行胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术。

手术方法:取右肋缘下切口进腹,探查囊肿后,常规经胆囊或者囊肿行逆行胆道造影。切除胆囊及胆总管囊肿。采取在囊内壁进行剥离,从囊肿中间横断囊壁,继而全部剥除囊肿。在切除囊壁组织前,要注意探查肝总管的开口。特别注意有时候肝总管紧贴囊肿壁,容易被当做囊壁切除。胆道造影可以帮助寻找胆总管开口位置。术中保留少量胆总管,以扩大吻合口,利于胆肠吻合,术后不易狭窄。在近肝总管处,保留肝总管壁 1 ~ 2 cm 长,使肝总管呈漏斗状。切除囊肿后的创面应用电凝止血,必要时加用小圆针细线缝合止血,在距屈氏韧带 15 cm 处切

断空肠,远端空肠断端封闭,并下穿横结肠系膜,提至肝总管处,行肝总管、空肠端侧吻合术。保留 20 ~ 25 cm 空肠做胆袢,空肠近端与空肠胆袢做端侧吻合。沿肠纵轴浆肌层缝合数针,使之并行 3 ~ 5 cm 形成 Y 型。常规于胆肠吻合口处放置引流管。均取囊内胆汁行淀粉酶测定和胆汁培养,并取肝脏组织行活组织检查。

结 果

术后第 1 ~ 3 天,有 4 例经引流管引流出鲜红色血液 24 h 80 ~ 200 mL,1 例引流出胆汁 30 ~ 50 mL,均经积极抗炎、输血、止血等保守治疗痊愈。其余患儿住院期间恢复顺利,痊愈出院。随访 6 个月至 8 年,患儿均无腹痛、发热、黄疸等异常情况,生长发育正常。实验室检查:血常规及肝功能正常,钡餐检查未见胆汁反流。

讨 论

在我国,儿童先天性胆总管囊肿是常见病,但巨大胆总管囊肿很少见。所以在临床表现和处理方面均有别于常见的胆总管囊肿。根据本文搜集资料,巨大胆总管囊肿多为幼儿。尽管囊肿体积较大,但可能因为症状不明显而导致就医延迟。典型的 Traid 三联症在巨大胆总管囊肿患儿表现明显。本组巨大胆总管囊肿患儿常伴有严重急性胆管炎,且有 3 例行胆道外引流术,但无胆道穿孔。

对于绝大多数先天性胆总管囊肿而言,B 超均为首选的检查,CT 常作为补充检查手段。胆总管囊肿的诊断需要仔细辨别囊肿的胆管之间的连续性。但是第一肝门部巨大的囊肿常造成解剖结构的紊乱,以至于无法辨别囊肿和胆管的连续性,及囊肿的起源,进而导致诊断不明确。有文献强调 B 超或 CT 下的巨大胆总管囊肿可能与肝门部常见囊性肿块无法区分^[3]。常见肝门部囊性肿块包括胰腺假性囊肿、肝囊肿、囊肿十二指肠重复,肠系膜或网膜囊肿,包虫囊肿等^[4]。本组超过 60% 的病例在 B 超和 CT 检查后仍无法明确诊断,需经 MRCP 方可明确。但在儿童病例中,因器械及技术等原因,不少医院尚无法实施。

关于手术时机,我们体会:①一经确诊,只要患儿具备手术条件,即行手术治疗。②因巨大胆总管囊肿常合并胆管炎,术前常需抗感染治疗,如合并黄

疸和肝功能损害,还需予以退黄和护肝治疗 1 周左右,复查后如具备手术条件应及时手术。③治疗期间需密切关注腹痛、发热症状和腹部体征的变化,如腹痛剧烈,时间延长,间歇缩短,出现稽留热或腹部肿块短时间内增大等,均应考虑急诊行胆囊外引流术,切不可一味保守治疗,以致出现胆道穿孔或急性梗阻性化脓性胆管炎。本组有 3 例巨大胆总管囊肿患儿均在术前治疗期间出现上述症状而急诊行胆囊外引流术,术后 3 个月再行胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术。④对于婴儿来说,胆道外引流术后常因胆汁引流过多而导致严重水、电解质平衡紊乱和消化功能紊乱,继而导致生长发育延迟。对于这部分患儿何时为再次手术的最佳时机尚无定论。我们主张外引流术后 1 ~ 3 个月再次手术。

先天性巨大胆总管囊肿均需手术治疗。国内外广为接受的术式是胆总管囊肿切除 + 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术。手术的基本目的是达到胆道通畅引流、囊肿壁切除和胰胆分流。我们体会:①本术式操作相对简单方便。②适应证广,空肠袢移动范围大,吻合口大小不受限制,吻合口无张力。③避免了其他胆肠吻合术中难以解决的逆行感染及盲端综合征等问题。④胆袢长度以 20 ~ 25 cm 为宜,胆袢过长可以引起扭曲,过短则可发生反流。⑤注意保留血供良好的肝总管喇叭口,吻合口以 1 ~ 3 cm 为宜。⑥需特别注意术中止血,一方面要防止术中损伤门静脉、肝动脉等大血管,另一方面需注意剥离囊肿后创面渗血,我们采取压迫止血及创面喷洒医用止血胶水等方法效果良好,但术中出血量仍较多,术后多需输血以纠正贫血。⑦胆总管囊肿的切除:先天性胆总管囊肿可以引起反复胆道感染,继而使囊肿与周围组织有较紧密的粘连,给囊肿切除带来困难。特别是较大囊肿在切除时出血多,易损伤周围器官、组织。我们采用在囊内壁进行剥离,从囊肿中间横断囊壁,继而全部剥除囊肿。在切除囊壁组织前,注意探查肝总管开口。特别注意有时候肝总管紧贴囊壁,容易被当做囊壁切除。胆道造影可以帮助寻找胆总管开口位置。术中保留少量胆总管,以扩大吻合口,利于胆肠吻合,术后不易狭窄。⑧术后常规放置腹腔引流管,在引出腹腔渗出、预防腹腔感染的同时,观察有无胆漏、出血,如果无渗出,腹腔引流管一般放置 5 ~ 7 d 拔出^[8]。

术后并发症的防治:胆瘘、肠瘘和手术后出血是该手术后的危重并发症。预防并发症的关键是手术前充分准备、手术中可靠的吻合技术(下转第 383 页)