

# 肝内胆管结石的外科治疗

杨树成

(盐城市第二人民医院, 盐城, 224003)

肝内胆管结石所致的肝脏及肝内胆管系统的病理改变较复杂, 手术治疗较困难, 治疗效果不理想。我院 1990 年以来对 95 例肝内胆管结石患者施行手术治疗, 现将结果报告如下。

## 1 临床资料

本组 95 例, 男 42 例, 女 53 例, 年龄 18~69 岁。既往有胆管手术史 2 次者 27 例, 3 次者 12 例。左肝管结石 21 例次, 右肝管结石 9 例次, 合并尾叶结石 23 例。右肝中右肝管 36 例, 右后支 32 例, 右前下支 25 例; 左肝中左肝管 42 例, 左外叶支 34 例, 矢状部 22 例, 左内叶上段支 11 例; 尾叶结石 23 例。合并肝内胆管狭窄 42 例, 其中位于左侧 20 例, 右侧 6 例, 双侧 9 例, 左右肝管汇合部 7 例。狭窄好发于 1~2 级肝胆管开口处。诊断主要依据 B 超、PTC、手术探查、胆道镜检查及术后 T 管造影。

手术方式: 根据术中具体的肝脏及胆管系统的病理改变采用联合手术。

肝叶切除: 左外叶切除 42 例, 方叶切除 19 例, 左半肝切除 2 例, 右肝部分切除 17 例, 左右肝联合部分切除 4 例, 总计 84 例。

肝门部胆管广泛切开口径胆肠盆式吻合术 32 例, 术中将右前下支肝管-右肝管-左肝管-左内叶肝管包括狭窄处广泛切开成形与空肠作大口径端侧 Roux-en-Y 单层外翻吻合, 吻合口径达 8cm, 失功能空肠祥长 50cm。

胆总管及左右肝管切开创石, 胆肠内引流术 26 例。

胆总管、肝总管切开创石粗“T”管引流 37 例; 尾状叶胆管开口切开成形取石后胆总管引流 2 例。

术后发生并发症 14 例 (14.7%), 其中切口感染 8 例 (8.4%), 膈下感染 2 例 (2.1%), 胆

漏 2 例 (2.1%), 胆道出血 1 例 (1.1%), 粘连性肠梗阻 2 例 (2.1%), 胃排空障碍 2 例 (2.1%)。

术后经 T 管或胆肠吻合口的支架引流管造影或 B 超检查, 肝内外胆管结石残留 14 例 (14.7%), 其中胆总管切开创石 T 管引流术残石 8 例 (21.6%), 胆肠内引流残石 3 例 (11.5%), 肝叶切除加胆肠盆式吻合式残石 3 例 (9.4%)。术后经胆管镜取石 8 例, 6 例取净, 出院时总残石率 8.4%。

85 例患者经随访 6 个月~9 年, 随访率 89.5%, 无症状者 (优) 76 例, 偶有腹痛、发热, 但较术前明显改善者 (良) 13 例, 另外 6 例症状较术前无较大好转, 经常有胆管炎发作者 (差)。优良率 93.7%。6 例差者均为胆总管切开创石 T 管引流者, 其中 4 例再手术时发现 3 例患者左肝管 2 级胆管开口, 1 例右下支胆管开口狭窄, 经成形后症状改善。

## 2 讨论

由于肝内胆管结石引起肝脏及肝内胆管系统复杂的病理改变, 使手术方式多种多样, 但主要有 3 种类型, 即: 肝叶切除、胆肠吻合、胆管探查取石引流<sup>[1]</sup>。由于肝内胆管结石是一种肝内节段性病变, 所以肝部分切除可将难以取净的结石及无法矫治的狭窄胆管、纤维化无功能或胆源性脓肿的肝脏根治性切除, 并可通过肝断面胆管取石, 了解有无狭窄, 以便整形, 预防结石和胆管炎所致的胆管癌的发生。手术不强调行规则肝切除, 以彻底切除病灶, 尽量保留正常的肝组织为原则。本组病灶肝切除 45 例, 术后残石仅 3 例 (6.7%), 且其临床表现表明局限性肝内胆管结石只行肝叶切除者较同时兼行胆肠吻合术的远期疗效要好。所以肝部分切除术是治疗肝内

胆管结石并狭窄及肝叶萎缩最有效的治疗方法，是其它手术无法代替的<sup>[2]</sup>。

肝胆管狭窄是影响肝内胆管结石手术治疗效果的主要因素。据文献报道<sup>[1,3]</sup>，肝内胆管结石合并狭窄者占7%~94%不等。本组合并胆管狭窄42例(44.2%)，多发生在1~2级肝管分叉处，狭窄多呈环状，其上、下方胆管多接近正常。因此对狭窄肝管采用超越狭窄的胆管广泛切开、取石、整形，大口径胆肠 Roux - en - Y 单层外翻吻合，同时在空肠间吻合口上方将两段空肠祥并排作浆肌层缝合8~10cm，使肠内容物顺行而下，更好地预防反流。吻合口放置“Y”或“U”形管支撑引流，在吻合下方缝合胆总管前后壁，避免术后发生盲端综合征。本组该术式58例，残石6例(10.3%)，较胆总管切开放置T管引流的残石率低(21.6%)。因该术式取石彻底，肝内胆管狭窄和梗阻被解除，吻合口宽大通畅有利于肝内残石排入空肠，失功能肠祥较长，可避免返流性胆管炎的发生。患者对该手术甚满意(优良率93.6%)。同我院以往的肝段切除<sup>[4]</sup>一样说明病灶肝非规则切除的联合手术是降低术后残石、症状复发及再手术的关键。

胆管镜术中应用不但能取到扩张的3~4级

肝管的结石，而且能发现狭窄的胆管，并通过活检钳钳夹切除狭窄环以及用镜身扩张狭窄的胆管而使胆管引流通畅，引导术者在取石钳不能取净结石或有大量絮状物的胆管内放置导尿管，经反复冲洗排出结石及絮状物。术后经T或U形管的窦道进行胆管镜检查，除能发现残余结石并取出之，避免再次手术的可能，而且能清除胆肠吻合口或胆管壁上不吸收的丝线异物，清除结石复发的可能因素。本组14例残余结石患者中，12例经14次检查取石，取净11例，取净率91.7%。

参考文献

- 1 黄志强. 我国肝内胆管结石外科治疗的进展. 外科杂志, 1996; (3): 61
- 2 孙文兵, 何振平, 韩本立, 等. 孤立性左肝管结石112例的临床分析. 第七届全国肝胆外科学术会议论文汇编, 1997: 75
- 3 黄志强. 肝胆管结石外科治疗10年发展. 实用外科杂志, 1991; 11: 447
- 4 夏存寿, 高惠琴, 夏阳, 等. 肝胆管结石伴胆管狭窄的肝段切除与非肝段切除的疗效比较. 中华普通外科杂志, 1998; 13 (4): 228

(收稿日期: 1999-09-30)

(上接 454 页)

压痛，无最近外伤后症状突然加重，下肢麻木、乏力、疼痛等症状呈持续性，与休息劳累无明显关系。感觉运动障碍等症状从下向上逐渐发生。影像学检查主要是CT和椎管造影。椎管造影可根据充盈缺损形状、部位、造影剂通过的状况及造影剂与硬膜和神经根的关系，较易鉴别。CT是根据脱出物、肿瘤与周围组织之间的密度关系和位置关系来鉴别。有的病例较难鉴别。脑脊液的生化、动力学方面检测，也有助于鉴别诊断。

本症无论急性、慢性发病，一旦确诊应尽早手术，解除对神经根及马尾神经的压迫。神经功能的恢复与神经受损伤的程度及损伤持续时间有关。神经的损伤持续时间越短，手术效果越好。

本组有2例大小便功能恢复不理想，均与病程较长有关，因其术前均进行较长时间的保守治疗。游离型腰椎间盘的纤维环已完全破裂，突出物不能自行还纳或手法还纳，只能采用手术处理<sup>[1]</sup>。对于合并椎管狭窄的患者，由于椎管容积相对变小，对神经的压迫较无椎管狭窄的病例会大大增加，且压迫较为严重，此类患者也应积极早期地进行手术。

参考文献

- 1 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第一版. 北京: 人民军医出版社, 1991: 1144
- 2 黄国忠, 莱渐军, 汤正学, 等. 游离型腰椎间盘突出症的诊断与治疗. 颈腰痛杂志, 1996; 17 (2): 106

(收稿日期: 1998-12-10)