

肝胆管造影在制定肝胆管结石个体化手术方案中的应用

叶关毅¹ 刘志苏² 李钢³

(1 武汉大学在职研究生 武昌 430071;2 武汉大学中南医院 武昌 430071;
3 浙江省中医学院附属二院 杭州 310007)

摘要:目的:探讨肝胆管造影在肝胆管结石诊断及个体化手术方案选择中的应用价值。方法:分析 59 例肝胆管结石病人胆道造影情况及其对制定个体化手术方案的指导作用。结果:59 例病人中,I-II 级肝胆管异常汇合 15 例;肝胆管狭窄 45 例;左右肝均有结石 32 例,位于右肝 7 例,位于左肝 16 例;随访 0.5~7 年 49 例,效果优良 45 例,差 4 例。结论:肝胆管造影能为肝胆管结石提供明确的定性、定位、定量诊断,对手术有重要的指导作用。

关键词:胆道造影;肝胆管结石;诊断;外科治疗

Abstract: Objective:To evaluate the value of cholangiography in the diagnosis and selection of a personalized operative plan in intrahepatolithiasis.Methods: Analizing the results of cholangiography of 59 cases with hepatolithiasis and assessing the value in making a personalized surgical plan. Results: Of the 59 cases: anatomical variations in hepatic bile duct of 1nd and 2nd order accounted for 15 cases (25%); hepatico stricture 35 cases(59%); the hepatic stones being locasted in bilateral lobe 32 cases(54%), in the right 7 cases(12%), in the left 16 cases (27%); 49 caese (83%) were followed up from half to seven years, 45 cases (92%) achieved good results. Conclusion : Cholangiography can clearly show the anatomical variations of hepatico, the location and extent of hepatico stenosis or expanes, the number and distribution of stones Therefore , it is very beneficial to improve the effects of surgical treatment.

Key Words: cholangiography;intrahepatolithiasis;diagnosis; surgical treatment

中图分类号:R 445.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)02-0024-02

肝胆管结石术前应了解结石分布、胆管狭窄等情况,否则难以取得良好的手术效果。作者自 1997 年 6 月~2005 年 3 月收治的 59 例肝胆管结石患者,由于术中或术前采用了肝胆管直接或间接造影(简称胆道造影),诊断明确,取得较满意疗效。现分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 全组 59 例,男 20 例,女 39 例;年龄 21~78 岁,平均 45.8 岁;病程 0.5~32 年,10 年以上 22 例(37.3%);有胆管炎病史者 44 例(74.6%),有黄疸史者 38 例(64.4%);19 例有胆道手术史,其中 1 次胆道手术史 12 例,2 次胆道手术史 5 例,3 次胆道手术史 2 例;本组病例均为择期手术,其中 21 例为急性胆管炎发作急诊入院,8 例行 PTCD 术,最后都经抗炎等治疗后再择期手术;经 PTC 管肝管造影 8 例,经

“T”管肝管造影 4 例,术中胆道造影 45 例,磁共振胰胆管成像(MRCP) 6 例。

1.2 胆道造影发现 结石位于右肝 7 例(11.9%),位于左肝 16 例(27.1%),左右肝均有 32 例(54.2%),合并有肝外胆管结石 35 例(59.3%)。肝胆管狭窄 45 例(76.3%),其中左右肝管开口狭窄 5 例,右肝管及右前肝管开口狭窄各 2 例,左肝管开口狭窄 5 例,左右肝管多处狭窄 3 例,左肝外叶胆管狭窄 28 例,狭窄肝管近端均不同程度扩张。I-II 级肝胆管异常汇合 15 例(25.4%),其中右前肝管汇入左肝管 5 例,右后肝管汇入左肝管 3 例,右前、右后及左肝管三管汇合为总肝管 3 例,左右肝管低位汇合 2 例,右前肝管汇入肝总管 2 例。

1.3 手术方式 左肝外叶切除 28 例,左肝切除 3 例,第 V 肝段切除 4 例,右前叶切除 3 例,第 VII 肝段切除 2 例,不规则

稠膏状,贴敷脐部(神阙穴)治疗糖尿病腹胀总有效率为 96.1%^[4]。

随着机械通气在临床的广泛应用,预防及治疗其各种并发症,提高机械通气的有效率是很重要的。吴茱萸通过其药理作用,配合神阙穴,治疗胃肠方面的疾病以及在治疗机械通气引起的腹胀中有确切的效果,有必要进一步深入研究。

参考文献

[1]邵亚娣,费素定.机械通气患者并发腹胀的原因及护理[J].中华护理杂志,2002,37(7):503~504
[2] 刘月亮. 吴茱萸临床外用进展 [J]. 中医外治杂志,2004,13(2):30~31
[3]王洪京.运用吴茱萸治疗胃肠疾病体会[J].浙江中医杂志,2003,11(27):184
[4]周孝德,常亚霖,张琳.吴茱萸粉贴脐治疗糖尿病腹胀 128 例小结[J].甘肃中医,2003,16(6):21

(收稿日期: 2005-09-15)

谓其利大肠壅气,所以临床上外用可用于消化系统的疾病。农远计用吴茱萸 10g 研末,淡盐水调成糊状,摊于 2 层纱块上,将四边折起,长宽约 5cm,敷于神阙穴,胶布固定,12h 更换 1 次,一般敷药 1~2h 起效,起效最快 40min,最慢 2h。治疗 18 例麻痹性肠梗阻患者,全部起效。吴茱萸还用于促进腹部手术后胃肠功能的恢复,谭小红用吴茱萸 10g,研成细末,加米醋适量调为稀糊状,在手术后 30min 内贴敷于肚脐孔处,外用敷料盖住并以胶布固定,每 12 小时换药 1 次,连续 3 次,总有效率为 100%。所以吴茱萸外用于消化系统是可行的。

现代医学研究表明,脐在胚胎发育过程中为腹壁的最晚闭合处,皮下无脂肪组织,脐内有丰富的血管及大量淋巴管与神经。吴茱萸敷脐,通过脐孔,疏通五脏六腑、气血经络,使胃肠功能恢复,从而促进胃肠蠕动,加快胃肠功能恢复,减轻腹胀。临床上有很多报道通过神阙穴治疗胃肠疾病,起到了很好的效果。周孝德等取吴茱萸粉 5~10g,以姜汁或香油调成

局限性肝切除 2 例;盆式内引流 9 例,左内叶肝管空肠内引流 4 例,右前肝管空肠内引流 3 例,总胆管肝管空肠大口内引流 18 例,临时胆汁外引流 51 例。

2 结果

2.1 术后情况 术后出现并发症 9 例,其中术后创面出血 1 例,轻度胆肠吻合口瘘 2 例,早期炎症粘连性肠梗阻 1 例,肺部感染 2 例,切口感染 3 例。无死亡病例。

2.2 随访 本组有 49 例随访 0.5~7 年。症状复发者 2 例,但症状较术前明显减轻;有 2 例结石复发但无症状。有 4 例弥漫型泥沙样结石经大口总胆管空肠内引流术后,口服中药排石,1 例结石逐步减少,3 例已无结石残留。

2.3 疗效评定 随访 49 例中,按黄志强标准^[1]评定,优良 45 例(91.8%),差 4 例(8.2%)。

3 讨论

由于肝内胆管汇合变异的多发性、结石分布的复杂性以及甚为常见的胆管狭窄,往往要联合运用肝段肝叶切除、胆管整形、胆肠内引流等手术,才能达到去除病灶、取尽结石、畅通引流的目的。可见要制定一个合理的肝胆管结石手术方案并非易事,术前讨论方案常在术中不能完全贯彻,这是因为依据术前 B 超、CT 对肝内胆管结石往往不能作出具体、明确的判断,如有无胆管汇合异常和胆管狭窄及其与结石分布的关系等等。胆道造影能全面直观显示胆管汇合,结石分布、胆管狭窄部位及程度,为制定合理的个体化治疗方案提供依据,已日益受到一些学者推崇^[2,3]。

3.1 首先有助于了解肝胆管汇合的解剖变异,从而避免肝胆管的损伤。肝外胆管由左右肝管汇合为肝总管,但正常解剖只占 57%,12%为右前、右后、左肝三管汇合为总肝管,胆管异常汇合率高达 31%^[4]。本组病例胆管汇合异常 15 例(25.4%),可见肝胆管变异相当常见,应引起足够重视。肝胆管汇合异常一旦合并胆管结石增加了外科手术的难度,容易造成胆管损伤,影响治疗效果。本组 1 例术前诊断为右肝管及总胆管结石伴扩张,拟行总胆管切开探查取石及胆肠内引流术,但术中造影及探查发现无右肝管、右前叶肝管直接汇入总肝管,结石主要集中在右前叶肝管且伴肝管扩张及其开口狭窄,而临时加右前叶切除,才得以达到满意疗效。又如伴有结石的右后叶胆管汇入左肝管时,根本无法经“右肝管”进入右后叶取出结石,只有行右后叶切除或左肝切除,否则不能按常规途径取出变异的右后肝管结石。对于右后或右前肝管汇入左肝管者,行左肝切除时,若不知存在胆管汇合异常,极易损伤右后或右前肝管。然而对于肝胆管异常汇合,手术前不容易发现,通过术中 T 管、PTC 等直接胆道造影或 MRCP 结合术中探查才能全面了解。因此肝胆管变异常在术中才能发现,肝胆管结石手术方案需依术中发现的胆管变异情况及时予以调整。

3.2 其次有助于了解结石分布,结石的定性 & 定位诊断是临床上治疗肝胆管结石的关键问题。仅诊断有无结石是一种低水平的、模糊的诊断,应当明确结石的大小、数目及具体肝段肝叶的分布,诊断不清必然导致术式选择不当。与胆道镜、术

中 B 超相比,胆道造影更具价值,它不仅分辨率高,而且可以显示胆道镜无法观察的肝内胆管^[5]。B 超、CT 对结石在具体肝段肝叶的分布不如胆道造影直观,缺乏一目了然的“树状”立体感。因此,胆道造影对了解肝胆管结石的分布有重要的实用价值。从本组病例看,如果仅从取石方向判断,胆管变异很可能导致错误判断结石位置。如汇入左肝管的变异右肝后叶胆管结石,很可能被误认为尾叶胆管,从而真正病变的右肝后叶未能得到彻底治疗。

3.3 再者有助于胆管狭窄和扩张的定位、定性 & 定量诊断。肝胆管结石合并肝胆管狭窄甚为常见,平均约 24.3%,且多发生于二级肝胆管分支以下,约 1/3 的狭窄属于高度狭窄,可以引起严重的临床症状,这也极大地增加了手术的复杂性 & 手术效果的不满意率。影响肝胆管结石治疗效果的原因,80% 以上的病人与肝胆管狭窄有关,因此,术前或术中必须明确有无肝胆管狭窄及狭窄的部位、程度,且同时要分析结石分布与狭窄的关系。若盲目地在狭窄远端行胆肠吻合只会增加胆道感染的机会,而若仅以取尽结石为目的留下狭窄病变势必会有极高的结石复发率。直接胆道造影对显示肝胆管狭窄部位、程度及其与结石分布的关系,具有直观、明确的优势,但其设备 & 操作技术要求均不高,可作为一项常规检查,为合理的手术方案提供直接依据。本组病例造影发现左肝外叶结石绝大多数伴有左肝外叶胆管狭窄,这也印证了左肝外叶切除为左肝外叶胆管结石最常用术式的合理性。本组病例胆道造影显示结石肝段与无结石肝段相比,结石肝段胆管有相对狭窄 & 扩张的占多数。到底是扩张引起结石还是结石引起扩张以及这种相对的轻度狭窄 & 扩张对结石复发是否有影响,因受病例数 & 随访时间限制,尚待进一步研究。如果这种病变局限在个别肝段肝叶,最好还是行肝段肝叶切除,以免留下后患。

肝胆管造影应注意造影剂浓度,用 76% 泛影葡胺 20mL 加生理盐水 40mL 稀释效果较好。注射造影剂前应回抽部份胆汁,排尽空气,以免出现假结石征象。注射造影剂时要用力均匀、速度合适,速度太快会使胆道压力过大,出现胆管扩张假象以及胆汁进入胰管诱发急性胰腺炎;速度太慢,会使造影剂在胆道中得不到满意的充盈。头低脚高且向左侧倾斜体位,有助于肝内胆管显影,特别是有助于左肝管显影。

参考文献

[1]黄志强.肝内胆管结石手术方法的选择[J].实用外科杂志,1994,14(2):136
[2]Traverso LW,Hauptmann EM,Lynge DC. Routine Intraoperative Cholangiography and its Contribution to the Selective Cholangiographer[J].Am J Surg,1994,167(8):464
[3]董家鸿.胆肠吻合术后再手术[J].中国实用外科杂志,2001,21(2):121
[4]Blumgart LH.Surgery of the Liver and Biliary Tract[M].2nd edition. New York:Churchill Livingstone,1994.11
[5]秦放明,邹富胜,震宁,等.内镜治疗胆管残余结石 306 例分析[J].中国实用外科杂志,2001,21(6):354

(收稿日期:2005-10-28)