

胆囊切除术中胆总管探查阴性 25例分析

王显亚, 李晓泉

[摘要]目的: 探讨胆囊切除术时胆总管探查阴性的原因。方法: 回顾分析 2000年 6月~2005年 12月 25例胆总管探查阴性患者的临床资料。结果: 导致探查阴性的原因有急性水肿性胰腺炎恢复期 5例, 慢性胰腺炎 4例, 梗阻性胆囊炎 6例, 细小胆管结石 3例, 胆总管胆汁浑浊 6例, 胆总管旁淋巴结肿大 1例。结论: 胆总管内外因素可引起胆总管探查阴性, 术中经胆总管胆道造影等能减少胆总管的阴性探查。

[关键词] 胆囊切除术; 胆总管探查术; 胆道造影

[中国图书资料分类法分类号] R 657.42 [文献标识码] A

Negative results for exploration of common bile duct in cholecystectomy in 25 Patients

WANG Xian-ya, LI Xiao-quan

(Department of Surgery, Bozhou Hua-tuo TCM Hospital, Bozhou 236800, China)

[Abstract] Objective: To investigate the cause of the negative results for exploration of common bile duct in cholecystectomy. Methods: The data from 25 patients with negative results for exploration of common bile duct from June 2000 to December 2005 were analyzed retrospectively. Results: The negative exploration occurred in acute edematous pancreatitis (n=5), chronic pancreatitis (n=4), obstructive cholecystitis (n=6), the petty gallstone (n=6), the muddy gall (n=6) in common bile duct and the tumid lymph gland (n=1) by common bile duct. Conclusion: The causes of the negative results for exploration of common bile duct are various. The negative exploration of common bile duct can be reduced by the intraoperative transcystic duct cholangiography.

[Key words] cholecystectomy; exploration of common bile duct; cholangiography

胆囊切除、胆总管探查是胆道外科常用的一种术式。但胆总管探查的阴性率较高, 黄志强曾报道胆总管探查阴性率约占 20%~40%^[1]。胆总管探查阴性指胆道无畸形, 胆管壁无病变, 胆管内无结石、异物、脓性胆汁, 胆总管下段(壶腹部及壶腹周围)无占位、狭窄等梗阻性病变。2000年 6月~

2005年 12月, 我院施行胆囊切除、胆总管探查 T管外引流术 95例, 其中 25例胆总管探查为阴性, 术后 2周 T管造影无阳性发现。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 10例, 女 15例; 年龄 23~82岁。急诊手术 14例, 择期手术 11例。

1.2 病史 术前有寒战、发热 4例; 显性黄疸 5例; 既往有胰腺炎病史 7例; 有黄疸史 9例, 其中体温超过 39℃ 3例。

[收稿日期] 2007-04-03

[作者单位] 安徽省亳州市华佗中医院 外科, 236800

[作者简介] 王显亚(1963-), 男, 主治医师。

[参考文献]

- [1] 马大权, 俞光岩, 郭传斌. 腮腺肿瘤的外科治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(11): 688-689.
- [2] 丁浩, 周仲文, 严文洪, 等. 保留腮腺导管的腮腺浅叶部分切除术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2006, 13(5): 283-285.
- [3] Wijers OJ, Levendag PC, Braaksma MM, et al. Patients with head and neck cancer cured by radiation therapy: A survey of the dry mouth syndrome in long-term survivors[J]. Head Neck, 2002, 24(8): 737-747.
- [4] 毛驰, 俞光岩, 彭歆, 等. 改良的腮腺切除术[J]. 现代口腔医学杂志, 2002, 16(1): 62-64.
- [5] Witt RI. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma[J]. Laryngoscope, 2002, 112(12): 2141-2154.
- [6] 周梁, 李采, 张孝通. 腮腺多形性腺瘤手术方式的选择[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(12): 922-924.

奋, 引起术区皮肤潮红和出汗。我们应用胸锁乳突肌瓣作为阻断副交感神经与节后交感神经纤维互相吻合的屏障, 无一例 Frey综合征发生。另外, 该肌肉填充并覆盖在面神经表面, 对面神经亦有一定的保护作用。

涎漏是腮腺手术的常见并发症, 传统预防措施是术区加压包扎, 但疗程长, 增加患者痛苦, 患者难以配合及接受。我们主张术区放置乳胶管一根, 术腔持续低负压引流约 7天, 待皮肤切口完全愈合后再撤除。注意引流管尽量远离面神经, 另戳口穿出, 不需做术区加压包扎。这样, 拔管后即使有涎液也仅局限于皮下, 用空针抽吸后多自行吸收。同时改良术保留了腮腺主导管, 部分涎液可经导管流出, 既减少了涎漏的发生还保留了部分腮腺功能。

1.3 辅助检查 血胆红素升高并以直接胆红素升高为主 4例;血、尿淀粉酶升高 5例; B超或 CT检查发现有胆总管结石 5例;胆总管扩张 11例,其中有炎症表现, $WBC > 10.0 \times 10^9/L$ 诊断为胆管炎 4例。

1.4 探查原因 黄疸史,黄疸表现和血胆红素升高,尤其是直接胆红素升高;胰腺炎或有胰腺炎病史;术前、术中检查胆总管扩张外径 $> 1 \text{ cm}$;术前 B超、CT检查提示胆总管结石;术中检查胰头肿大;术中检查存在直径小于胆囊管口径的胆囊结石。

2 结果

胆总管探查无明显阳性发现,胆总管远端均能通过 5~8号 Bakes探子,术后 2~3周经 T型管胆道造影无残余结石及其病变。导致胆总管探查阴性的原因有急性水肿性胰腺炎恢复期 5例,慢性胰腺炎 4例,梗阻性胆囊炎 6例,细小胆囊结石 3例,胆总管内胆汁浑浊 6例,胆总管旁淋巴结肿大 1例。

3 讨论

胆囊手术前应详细询问病史,完善相关检查。应尽量避免遗漏胆总管病变导致再次手术的风险,也应严格掌握胆总管探查的指征,减少胆总管不必要的损伤^[2]。因为切开胆总管,手术风险往往大大高于单纯胆囊切除术,尤其对于高龄患者。术中取石钳和探子反复探查,可能损伤胆道口括约肌,引起假道,或者出现胆总管狭窄、瘘及线头异物引起的再发结石。因此,有胆总管探查相对指征者,应特别慎重。

本组 25例中,择期手术 11例,有绝对探查指征 9例,相对探查指征 3例;急诊手术 14例,有绝对探查指征 2例,相对探查指征 12例。本组 1例较典型的女性老年患者,反复出现右上腹痛、黄疸伴有不规则发热, B超提示胆囊增大、颈部结石,胆总管轻度扩张,经抗感染补液等综合治疗后腹痛、黄疸、发热仍呈间歇性发作。术中发现胆囊体积增大呈坏疽样改变,颈部有一枚直径约 2.0 cm结石,胆总管直径约 1.0 cm;上段周围可见肿大的淋巴结,按法经胆囊管造影^[3]未见阳性结石,继续胆总管探查为阴性,术后病理提示淋巴结为慢性炎症表现。本组其他患者亦均有探查指征,而探查却为阴性。分析可能与以下原因有关:(1) B超对胆总管病变诊断的准确率仅为 75%左右,胆囊颈管部位的某些病变,

如结石、淋巴结钙化、瘢痕等,可表现为回声增强,且在解剖上与肝外胆管密切,易误诊为胆总管结石^[4]。此外,术前 B超、CT检查的确有胆总管结石而术中未发现结石,可能是术中探查、挤压致结石排出。也可能术前胆管结石已经排出,胆总管壁因弹性减退或消失,不能恢复原状,胆管系统呈扩张状态,造成了胆管梗阻的假象^[4]。(2)急性胆囊炎患者病程中出现黄疸占 10%左右。可由于胆囊急性炎症、肿大的胆囊以及炎症加重、坏疽、局部脓肿形成等,压迫胆总管而引起梗阻性黄疸以及急性感染累及肝胆系统也可造成黄疸,同时急性炎症时可导致胆总管周围的淋巴结肿大,压迫胆总管,胆汁排泄不畅而导致胆总管扩张^[1]。(3)胆囊内含细小结石、直径小于胆囊管口径者可作为相对探查指征。小结石在胆道口括约肌松弛时可通过胆总管下端排入肠道,但也可刺激括约肌引起痉挛、炎症、水肿,发生暂时性梗阻而出现短暂的黄疸和急慢性胰腺炎。

由此看来,胆总管探查的阳性发生率是有必要探讨的课题。我们认为,针对胆囊切除术术前考虑胆总管有相对探查指征者,应尽量完善检查。有报道^[4],磁共振胰胆管成像(MRCP)对胆管结石诊断的阴性率达 97%左右,阳性准确率也较高,故术前行 MRCP检查明确胆道情况,以避免引起探查阴性的发生。术中经胆囊管胆道镜探查更是一种良好的方法^[5],不仅可以诊断,还可对继发性胆管结石进行处理。但都需要一定的设备和技术条件,在基层医院很难普及开展。有相对探查指征者在术中行经胆囊管胆道造影,应是一较好的方法。该方法简单,需时短(约 20 min),对有相对探查指征且造影阴性者,无须探查胆总管;如果阳性应予探查。该法临床应用效果良好,但应警惕有一定的假阴性率,不可忽视,以免漏诊。

[参 考 文 献]

- [1] 夏超,崔杰,张俊坤.胆囊切除术中胆总管探查阴性的分析[J].肝胆外科杂志,2005,13(5):363-365
- [2] Fik AM, Grinatsos J, Karounis E, et al. Advantages of laparoscopic stented choledochography over tube placement [J]. Br J Surg 2004, 91(7): 862-866
- [3] 陈炯,徐荣楠,虞德才.胆囊切除术中胆道造影的价值[J].中华普通外科杂志,2003,18(4):219-221.
- [4] 谢小红.胆囊切除术中胆总管探查阴性的分析[J].中国临床研究,2006,5(10):92-93
- [5] 刘会春,刘付宝.经胆囊管胆道镜探查取石 27例[J].蚌埠医学院学报,2003,28(5):400-401.