

小儿先天性胆管扩张症的诊断与处理 (附25例报告)

孔 燕 靳振怀 李明磊 周晓彤

(附属医院小儿外科)

提 要 报告25例小儿先天性胆管扩张症的诊断与处理经验。结合文献指出大部分囊肿型扩张经超声检查即可确诊。诊断比较困难的是梭形扩张,此型需行ERCP和(或)术中胆道造影检查。对合并胆管炎的重症患儿,行根治手术前可先行超声引导下经皮囊肿穿刺外引流。囊肿远端切除困难时可采用Saing氏囊内切除法,在胆道重建方法中Roux-en-Y肝管空肠吻合法较肝管十二指肠肠间短段空肠间置法简便、有效。

关键词 胆管;扩张;诊断;处理;儿童

先天性胆管扩张症是小儿胆道外科的常见病,我科自1984年8月~1991年8月共收治25例,现就诊断与处理中的体会报告如下。

临床资料

一、一般资料

本组男9例,女16例,男:女为1:1.8。年龄3月~11岁,婴儿8例,幼儿7例,学龄前6例,学龄儿4例。就诊时腹部扪及肿块者16例(76%)。有黄疸或黄胆史者18例(72%),其中7例有陶土样便;有腹痛或哭闹不安者9例(36%);黑便4例(16%),18例伴有不同程度发热(72%)。以腹块、黄疸、腹痛典型三联征就诊者仅5例(20%)。

二、术前检查及诊断

全组25例除1例以急腹症就诊者外均作了B超检查,23例获得诊断,1例梭状扩张胆总管直径仅2.5cm者误诊为胆囊炎、胆石症。3例作了上消化道钡餐,2例作了静脉

胆道造影,1例B超引导下经皮肝穿刺胆管造影(PTC),2例B超引导下经皮囊胆穿刺造影。扩张部位:肝外型18例,肝内外型7例,其中1例合并总肝管远端狭窄。扩张形态:囊状22例,梭状2例,憩室状1例。合并胆汁淤滞性肝硬化,门静脉高压症、上消化道出血2例(其中1例同时有胆管炎),合并急性胆管炎2例,囊液培养有大肠杆菌生长。憩室状扩张自发穿孔合并胆汁性腹膜炎1例。

三、外科处理

经皮囊肿穿刺置管外引流1例。内引流5例:囊肿十二指肠吻合3例,囊肿空肠Roux-en-Y吻合2例。囊肿切除胆道重建18例,其中2例合并急性胆管炎者先行穿刺置管外引流,分别于第5和第7天感染控制后行囊肿切除。胆道重建方法:肝管十二指肠肠间短段空肠间置7例,2例兼作套叠式人工瓣;肝管空肠Roux-en-Y吻合11例,肠肠吻合全部采用曾氏横轴半周吻合法,6例兼作套叠式人工瓣,1例兼作矩形瓣。其中合并

总肝管远端狭窄者1例行上腹横切口,切断肝脏三角韧带,翻出肝脏显露肝门,左狭窄段上方离断,作肝管空肠Roux-en-Y吻合。憩室状扩张穿孔者行憩室切除,总胆管引流。

结 语

全组25例治愈出院23例。1例合并有门脉高压、胆管炎者行经皮囊肿穿刺外引流后发热、黄疸减轻又并发呕血、黑便,放弃治疗自动出院。1例合并门脉高压上消化道大出血者急诊行囊肿空肠Roux-en-Y吻合内引流兼加脾切除、胃冠状静脉栓塞术,术中死于心跳骤停。出院23例中18例得到随访,随访时间3月~7年。内引流组5例,2例术后无症状,1例发生切口疝,2例失访。切除组随访14例,1例发生粘连性肠梗阻保守治疗痊愈,1例偶有上腹部疼痛不适,余12例无任何症状。憩室穿孔1例行憩室切除,总胆管引流。术后因粘连性肠梗阻两次再入院,均经保守治疗痊愈。

讨 论

一、关于术前检查及诊断

B超检查是诊断本病的主要手段,对有腹块、黄疸、腹痛等一项或数项临床表现的患儿均应及时作腹部B超检查。本组25例中有15例入院前被当作“肝炎”或“胃炎”处理,最长的达6年之久,就是由于没有及时B超探查胆道排除本病的结果。诊断上比较困难的是体检时扪不到肿块,B超探查胆管呈园柱或梭状扩张,直径在3cm以下的病例。我们曾遇到2例总胆管扩张分别为1.5和2.1cm的婴儿,拟胆管扩张症剖腹探查,术中证实为原发性缩窄性乏特氏乳头炎。Gharib等⁽¹⁾认为小儿肝内外胆管园柱形扩张在病因上多与先天性胰胆管合流异常有关,最好的诊断手段是术前超声检查和术中

胆道造影。此时作上消化道钡餐无助于诊断,行静脉胆道造影多不显影,有条件者应行内窥镜逆行胰胆管造影(ERCP)否则对轻度扩张的肝外胆管难以断定是否需要切除,重建胆道。对合并有肝内胆管明显扩张的肝内外型者最好行PTC检查。本组有一例在B超引导下完成经皮肝穿刺胆管置管造影外引流(PTECD),发现总胆管远端有相对狭窄段,对手术起到了指导作用。经皮囊肿穿刺造影虽有产生胆瘘之虞,在作好急诊手术准备的前提下必要时也可使用,本组有2例作了此项检查未发生不良后果。

二、关于外科处理

Ohi等⁽²⁾手术治疗100例先天性胆管扩张症91例作了标准手术即将扩张的肝外胆管全切除,Roux-en-Y肝管空肠吻合。国内外的大量报告均说明对本病的外科处理完全切除扩张的总胆管,重建通畅的肝肠胆汁引流已逐渐取代了内引流术。本组25例中18例(72%)作了囊肿切除,胆道重建,未发生近期或远期并发症。虽然如此,我们认为对于内外引流等术式还得根据具体情况综合应用。本组有2例是在不得已的情况下作了内引流术,1例是术前误诊为胆囊炎,胆石症急诊手术探查,思想上未作胆道切除的准备。1例是术中见肝动脉有变异,囊肿近端发现4处开口,解剖关系不清,不敢贸然切除。此2例术后随访效果均良好。内引流术后易发生化脓性胆管炎、吻合口狭窄、残留囊肿恶变等严重并发症已属公认,但在无根治切除条件的情况下作为一项过渡措施仍可采用,当然术后应当注意长期随访。囊肿切除的主要危险是损伤胰腺、门静脉、肠系膜上动脉等重要结构,在解剖困难难以完全切除时可以采用Saing等⁽³⁾的“囊内切除术”。本组有2例囊肿远端与胰腺及十二指肠粘连紧密难以分离,便仿照Saing氏法,保留难以切除的部分远端囊壁,以2%碘酒烧灼囊

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL BILIARY DILATATION IN CHILDREN (REPORT OF 25 CASES)

Kong Yan, et al.

(Department of Pediatric Surgery, Affiliated Hospital of Xuzhou Medical College, Xuzhou, Jiangsu, China)

In this paper, we report on 25 children with congenital dilatation of the bile duct. According to our experience and a review of the literature, cystic type biliary dilatation can mostly be detected by ultrasonography, but the diagnosis of fusiform type is rather difficult. An investigation by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and/or intraoperative cholangiography should be recommended in the latter condition. On the severe patients complicated by cholangitis, ultrasound-guided percutaneous transcystic external drainae may be performed before definitive operation. When excision of the distal end of the cyst is difficult, the Saing's method of endocystic excision is useful. Among the methods of reconstruction of bile duct, the Roux-en-Y hepaticojejunostomy is easier and more reliable than the short jejunal segment hepatico-duodenal interposition.

KEY WORDS bile duct; dilatation; diagnosis; treatment; children

内粘膜后缝合旷置, 术后随访效果良好。此外对有严重合并症的患者, 特别是有严重黄疸和胆道感染的患儿先行置管外引流, 在情况改善后再行根治手术是可取的方法。

三、关于预防术后返流性胆管炎

胆道重建术后返流性胆管炎一直是人们重视的问题。本组术后无一例发生, 可能与我们注意到以下几点有关。1. 所有胆肠Roux-en-Y吻合肠肠吻合口均采用了普氏横

轴半周吻合法, 并将相邻两肠袢并拢缝合数针。2. 囊肿十二指肠吻合时剪除部份囊壁, 尽量使吻合口宽大通畅。3. 18例重建胆道手术中9例作了套叠式人工瓣或矩形瓣。至于预防返流是间置空肠方法好还是Roux-en-Y吻合方法好, 据Takano等⁽⁴⁾实验研究证实Roux-en-Y式胆道重建优于肠管间置法, 加之此法较间置肠管简单易行, 本组1990年后的10例均采用了Roux-en-Y吻合法。

参 考 文 献

1. Gharib M, et al. Long-term results following hepaticojejunostomy with antirefluxive valve in patients with congenital pancreatico-biliary junction anomaly. *H kindrchr* 1989; 44: 72~77.
2. Ohi R, et al. Surgical treatment of congenital dilatation of the bile duct with special reference to late complications after total excisional operation. *J pebiatr Surg* 1990; 25: 613~617.
3. Saing H, et al. Surgical Managment of choledochal cysts: a review of 60 cases. *J Pediatr Surg* 1985; 20: 443~448.
4. Takano K, et al. Studies on intestinal motility and mechanism of cholangitis after biliary reconduction. *J Pediatr Surg* 1989; 24: 1225~1231.

(1991-11-28 收稿)