



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.029  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.029  
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(1):143-145.

· 临床报道 ·

# 肝切除术后胆外瘘的手术治疗

刘书强, 梁志宏, 赵象文, 华伟, 韩月锋

(南方医科大学附属小榄医院 普通外科, 广东 中山 528415)

## 摘要

目的: 总结5例肝内胆管结石行肝切除术后胆外瘘的临床诊治经验。

方法: 回顾性分析2009年8月—2013年9月5例肝内胆管结石行肝切除术后发生胆外瘘的临床资料。

结果: 5例胆外瘘患者行瘘管空肠襻式吻合术, 均痊愈出院。随访10~26个月, 无反流性胆管炎发生, 无胆瘘再次发生。

结论: 瘘管空肠襻式吻合术是治疗肝内胆管结石肝切除术后胆外瘘的一种安全有效的手术方式。

## 关键词

肝切除术; 胆瘘; 胆管结石, 肝内; 手术后并发症

中图分类号: R657.3

肝部分切除术治疗肝内胆管结石已广泛用于临床, 胆外瘘是肝切除术后并发症之一。在胆总管远端无梗阻的情况下, 胆外瘘多能经非手术治疗自愈。但对一些持续性外瘘不能控制或反复外瘘者, 可考虑手术治疗。2009年8月—2013年9月我院5例肝内胆管结石行肝切除术后发生胆外瘘的患者行瘘管空肠襻式吻合术, 术后恢复好, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

2009年8月—2013年9月我院5例因肝内外胆管结石行肝左叶切除+胆总管切开取石+T管引流术的患者术后发生胆外瘘, 其中男1例, 女4例, 年龄65~72岁。5例患者首次手术后腹腔引流管开始每日引流出30~50 mL金黄色胆汁样液体, 腹腔引流管引流胆汁逐渐减少, 腹腔引流管无液体引出后行腹部CT检查示肝周少量局限包裹性积液, 拔除腹腔引流管。4例患者术后出现腹部切口感染, 切口有淡黄色胆汁样液体渗出, 切口感染好转后行切口二期缝合, 切口瘢痕处出现一瘘口, 有少量

胆汁样液体引出, 约10 mL/d; 1例患者拔除腹腔引流管半个月后原腹腔引流管腹壁口破溃, 有少量胆汁性液体引出, 约10 mL/d。该5例患者经腹壁瘘口造影示瘘管与肝内胆管相通, 有造影剂经胆总管流入小肠, 瘘管无明显分支。患者均在胆外瘘3~5个月后再住院手术治疗, 行瘘管空肠襻式吻合术。

### 1.2 手术方法

采用全身麻醉, 取平卧位, 取环绕腹壁瘘口处梭形切口, 切开皮肤皮下组织, 以手指指捏方法感觉瘘管管道位置、方向, 沿着质硬的瘘管分离瘘管与周围组织粘连, 直达腹腔, 见瘘管通至原肝切除断面处, 腹腔内再将瘘管与周围组织分离约1~2 cm长, 紧贴腹膜切断瘘管, 将胆道瘘管腹壁段及周围皮肤皮下组织切除, 将离Treitz韧带15~20 cm处的空肠与腹腔内瘘管作侧端吻合, 离瘘管空肠吻合口40 cm将胆汁引流襻与近端空肠行侧侧吻合。在空肠的输入襻、瘘管空肠吻合口与肠肠吻合口间用7号细线结扎空肠, 结扎的力度为刚使肠腔闭合为好。清洗腹腔干净后关腹。

## 2 结果

5例患者再次手术均顺利, 手术时间110~150 min, 平均120 min。术中出血15~50 mL, 平均30 mL。术中无肠管损伤、大出血等并发症发生。术后恢复顺利。随访10~26个月, 无反流性胆管炎发生。

收稿日期: 2014-09-19; 修订日期: 2014-12-13。

作者简介: 刘书强, 南方医科大学附属小榄医院副主任医师, 主要从事肝胆及消化道肿瘤方面的研究。

通信作者: 刘书强, Email: liushuqiang9@163.com

### 3 讨论

胆汁从胆系经肉芽组织或上皮被覆的病理通道排出体外,并持续7 d以上,称为胆外瘘<sup>[1]</sup>。女性多见,尤其是50~70岁。胆外瘘包括手术后胆外瘘和自发性胆外瘘两类。本组5例患者均为手术后胆外瘘。手术后胆外瘘常发生于胆道手术,手术后数日出现胆漏,不具备瘘管,只有胆汁漏出,胆外漏持续日久即称之为胆外瘘。

胆外瘘的诊断一般并不困难,无论是否手术,只要有胆汁从非正常和非预设的通道流出体外,即可诊断胆外瘘<sup>[2]</sup>。对胆外瘘的诊断除了明确有胆汁漏出外,更需要明确胆瘘的病因、部位。瘘管造影是发现胆汁引流是否充分和是否有脓腔的简单有效的方法,也可以明确窦道,同时胆瘘的位置和潜在的原因也能清楚地显示。明确诊断胆瘘的位置,为手术治疗提供确凿的证据。当瘘管造影不清楚或肝内胆管(特别是右支)不能充分显影时,PTC是有用的。PTC对合并有高位胆管梗阻的胆外瘘患者有较高的诊断价值。由于胆外瘘患者胆管扩张不明显,PTC成功率低,应用范围受限。ERCP对肝外胆管连续的患者有诊断和治疗价值,对于合并有梗阻或狭窄的医源性胆管损伤的高位肝门部胆外瘘患者,ERCP不适用<sup>[3]</sup>。本组5例患者行瘘管造影均显示清楚瘘管走行方向及胆瘘位置,未见明显分支形成。均未行PTC及ERCP检查。

一部分胆外瘘患者经纠正水电解质失衡、加强支持疗法、维持引流通畅、抗感染等治疗后可自愈<sup>[4]</sup>。对长时间不能自愈的患者,则选用内镜治疗或手术治疗。胆外瘘患者手术较困难,且近年来内镜技术的迅速发展,现国内外多采用内镜技术治疗胆外瘘。经内镜行乳头切开术或经瘘道插入纤维胆道镜清除胆管结石以解除胆道梗阻、改善胆汁引流,可以不作开腹手术而使胆外瘘闭合。通过经皮经肝或内镜放置临时支架或鼻胆管于瘘口部位有助于胆汁排泄和胆瘘的闭合<sup>[5]</sup>。

对于肝内胆管结石行肝切除术后肝断面胆外瘘的患者,考虑为肝断面的肝组织末梢胆管小的胆瘘所致。本组5例肝内胆管结石行肝切除术后胆外瘘患者经长时间非手术治疗仍不能自愈,考虑肝部分切除术虽然切除了存在肝内胆管结石的病变肝组织,但肝断面末梢胆管的近端可能仍存在不同程度炎性胆管狭窄,此时肝断面的肝组织末

梢小胆管的胆汁回流不畅,胆外瘘不能自愈。而此时已切除病变肝脏组织,术后已无明显胆道扩张,此时不适用内镜治疗及经皮经肝胆道引流。如果选择切除全部胆道外瘘管,靠近瘘管内口处结扎瘘管,因肝断面瘘管内口的近端末梢胆管可能仍存在炎性胆管狭窄,肝断面瘘管内口胆汁回流不畅,胆汁积聚在肝断面末端,瘘管内口不能愈合,仍有可能再次发生胆瘘。结合以上原因,我们选择瘘管空肠襻式吻合术这种可行的手术方式,既能治愈胆外瘘,又可防止胆外瘘再次发生,且尽可能避免反流性胆管炎的发生<sup>[6]</sup>。手术治疗需要注意以下几点:(1)术前应行瘘管造影了解胆道外瘘管的存在、走行方向及有无分支存在,可以确定诊断,并且为手术方式制定提供可靠依据。(2)由于该术式要求有一个组织结构牢固,即纤维化程度较高的瘘管,因此手术距胆瘘发生应该有足够的时间,应在3个月以上。此时瘘管周围组织急性炎症消退,瘘管壁瘢痕组织完整,患者全身状况恢复较好,有利于手术及康复。若时间过短,瘘管组织不牢固,术中容易损伤瘘管,术后易形成吻合口瘘。若时间过长,会影响患者的生活质量。本组5例患者均在胆瘘发生后3个月以上,且瘘管外口分泌物较少,附近无明显红肿、压痛等急性炎症表现。(3)如果腹腔内胆道瘘管无分支存在,紧贴腹壁将胆道瘘管切断,不必游离过长的腹腔内胆道瘘管,1~2 cm左右即可,因瘘管组织为坚硬纤维肉芽组织,血供只有周围滋养血管供养,游离瘘管过长血供受影响,术后瘘管空肠吻合口可能生长不良,容易发生吻合口漏。(4)术中瘘管内可以注入亚甲蓝使瘘管染色,尽量避免损伤腹腔内胆道瘘管部分,如不慎分破腹腔内瘘管,则需继续向上游离瘘管1 cm,切除分破的瘘管。还应注意有无瘘管分支,防止遗留病变。如有瘘管分支,应切除瘘管分支,在分支以上主瘘管行瘘管空肠吻合。

#### 参考文献

- [1] Czemiak A, Thompson JN, Soreide O, et al. The management of fistulas of the biliary tract after injury to the bile duct during cholecystectomy[J]. Surg Gynecol Obstet, 1988, 167(1):33-38.
- [2] 梁力建, 罗时敏. 胆瘘[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(9):565-569.



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.030  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.030  
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(1):145-148.

• 临床报道 •

# 手助腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门脉高压症

许斌<sup>1</sup>, 刘妮<sup>2</sup>, 许建华<sup>3</sup>

(1. 湖北省恩施州民族医院 普通外科, 湖北 恩施 445000; 2. 重庆市黔江民族医院 妇产科, 重庆 409000; 3. 湖北民族大学附属民大医院 中医科, 湖北 恩施 445000)

## 摘要

**目的:** 探讨手助腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门静脉高压症的临床经验。

**方法:** 回顾性分析 2012 年 2 月—2014 年 2 月 30 例肝硬化门静脉高压症患者的临床资料。患者均接受手助腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗。

**结果:** 30 例患者均顺利完成手术, 无中转开腹者, 手术时间 168~240 min, 平均 (183.2 ± 21.8) min; 术中出血量 102~220 mL, 平均 (132.3 ± 23.9) mL; 术后住院时间 7~18 d, 平均 (8.8 ± 3.2) d; 无严重并发症及死亡病例发生。随访时间 2~20 个月, 平均 (8.3 ± 3.4) 个月, 术后 1 个月复查上消化道钡餐提示患者的食管胃底静脉曲张均有不同程度的缓解。1 例患者术后 8 个月再次发生上消化道出血, 开腹行贲门周围血管离断联合近端胃切除术。

**结论:** 手助腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门静脉高压症安全可行且微创, 降低了完全腹腔镜手术的手术难度和风险。

## 关键词

高血压, 门静脉; 脾切除术, 手助腹腔镜; 贲门周围血管离断术  
中图分类号: R657.3

肝硬化门静脉高压症 (portal hypertension, PHT) 是消化系统常见疾病之一, 脾切除联合贲门

周围血管离断术 (pericardial devascularization, PD) 是其主要手术方式之一<sup>[1]</sup>。近年来, 随着医学技术的不断发展, 脾切除联合贲门周围血管离断术的微创治疗技术引起业内广泛的关注, 其中在全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术已有不少报道, 但是此术式的操作难度和风险较高, 很难在基层医院广泛开展<sup>[2]</sup>。临床发现手助腹腔镜脾切除术可以显著的降低全腹腔镜手术的难度和风

**基金项目:** 湖北省恩施州 2014 年农业与科技科研指令外资助项目 (2014023)。

**收稿日期:** 2014-06-14; **修订日期:** 2014-12-20。

**作者简介:** 许斌, 湖北省恩施州民族医院副主任医师, 主要从事普外微创方面的研究。

**通信作者:** 刘妮, Email: 1542993728@qq.com

[3] Sakaguchi T, Shibasaki Y, Morita Y, et al. Postoperative bile leakage managed by interventional intrabiliary ethanol ablation[J]. Hepatogastroenterology, 2011, 58(105):157-160.

[4] 杨育新, 贺国斌. 肝胆术后胆瘘的处理及体会[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(7):836-837.

[5] Ishii H, Ochiai T, Murayama Y, et al. Risk factors and management of postoperative bile leakage after hepatectomy without bilioenteric anastomosis[J]. Dig Surg, 2011, 28(3):198-204.

[6] 梁力建, 李绍强. 对胆肠吻合术的再认识[J]. 中国实用外科杂志,

2008, 28(6):450-452.

(本文编辑 姜晖)

**本文引用格式:** 刘书强, 梁志宏, 赵象文, 等. 肝切除术后胆外瘘的手术治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(1):143-145. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.029

**Cite this article as:** LIU SQ, LIANG ZH, ZHAO XW, et al. Surgical treatment of post-hepatectomy external biliary fistula[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(1):143-145. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.01.029