

胆道解剖变异影像与临床手术对比4例

马龙滨, 赵志华, 李宾, 何津, 王新元

马龙滨, 李宾, 何津, 王新元, 华北煤炭医学院附属人民医院肝胆外科 河北省唐山市 063001

赵志华, 华北煤炭医学院附属人民医院超诊科 河北省唐山市 063001

通讯作者: 马龙滨, 063001, 华北煤炭医学院附属人民医院肝胆外科, mayifu1@yahoo.com.cn

收稿日期: 2006-04-26 接受日期: 2006-05-24

摘要

本文通过4例胆道解剖变异影像与临床手术对比分析, 提出预防由于胆道解剖变异引起胆道损伤的方法。

关键词: 胆道解剖变异; 胆道损伤

马龙滨, 赵志华, 李宾, 何津, 王新元. 胆道解剖变异影像与临床手术对比4例. 世界华人消化杂志 2006;14(25):2571-2572
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/2571.asp>

0 引言

胆道解剖变异术前诊断困难, 术中判断和治疗决策难度大, 极易引起胆道损伤. 胆道手术者必须认识到胆道的解剖变异较为常见而且复杂, 思想上的重视和严格规范是正确处理胆管变异避免胆管损伤的关键环节^[1]. 我们通过4例报告, 以引起同道的足够重视.

1 病例报告和讨论

例1 硬化性萎缩性胆石性胆囊炎致胆总管结石引起梗阻性黄疸. 女, 67岁, 反复间断右上腹痛3 d, 腹痛加重, 高热, 黄疸1 d, 查体: 巩膜黄染, 右上腹肌卫, 压痛. WBC: $15 \times 10^9/L$, N: 0.85. 术前B超CT: 胆囊结石, 胆总管结石, 急诊全麻下手术. 术中探查曾误以为粗大扩张的胆总管结石为“胆囊结石”, 但仔细从文式孔探查未触及胆总管, 实时术中B超引导探查证实为: 硬化性萎缩性胆石性胆囊炎, 扭曲扩张胆总管结石(图1). 变应术式为: 逆行切下胆囊, 还原肝外胆管走行, 行胆总管切开取石术, “T”管引流术.

硬化萎缩性胆囊是因长期慢性炎症, 胆囊壁被硬化的纤维组织取代, 黏膜破坏, 不含胆汁, 胆囊萎缩使肝外胆管受牵拉扭曲, 易致肝外胆

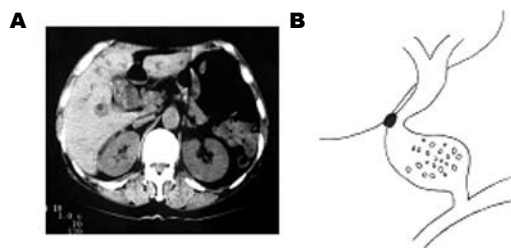


图1 胆囊萎缩牵拉使胆总管受牵拉扭曲扩张. A: 术前CT极易误诊为胆囊结石; B: 术中见胆囊萎缩于胆囊床.

管结石. 本例胆囊仅有0.6 cm大小内含泥沙样结石, 胆囊萎缩于胆囊床上向右上牵拉肝外胆管, 使胆总管走行发生变化, 该囊腔与肝总管, 胆总管融合, 形成三管汇合部的一部分. 术中极易误为扭曲扩张的胆总管结石为胆囊结石而行胆囊切除术, 从而造成胆管损伤. 若解剖所见的胆囊管至十二指肠上缘或后方仍不见肝总管, 则胆总管误认为胆囊管的可能性极大, 不能夹闭或切断^[2].

例2 胆囊结石, 胆囊管结石并行肝总管结石引起的梗阻性黄疸. 男, 75岁. 右上腹痛, 高热, 黄疸3 d, 右上腹肌卫, 压痛. WBC: $18 \times 10^9/L$, N: 0.90. 术前B超CT: 胆囊结石, 胆总管结石, 在全麻下行急诊手术, 术中探查: 胆囊7 cm×6 cm大小, 壁光滑, 内含结石. 自文式孔探查可触及“胆总管结石”, 逆行切下胆囊, 发现胆囊管止于“胆总管”前壁, 从肝十二指肠韧带右侧穿刺证实为胆总管, 切开取出胆固醇样结石, 向下探查F₁₀尿管顺利入十二指肠, 向上探查该管进入胆囊, 未通至左右肝管. 从文式孔探查, 原切开“胆总管”左侧切仍可触及移动结石, 切开取出胆色素样结石, 向下探查F₁₀尿管顺利入十二指肠, 向上探查至左右肝管. 该管为肝总管结石. 至此, 方明白, 先前切开之“胆总管”为长胆囊管, 胆囊管行至肝总管前壁后斜行于肝总管右侧, 且两管并行伴结石(图2).

如未向上探查至左右肝管而将长胆囊管结石误为胆总管结石行T管引流势必造成肝总管结石遗漏, 梗阻性黄疸未解决而再次手术. 胆道

■背景资料

由于胆道解剖先天性或病理性异常常导致手术引起胆道损伤, 给临床造成不可挽回的局面. 术多多重影像检查, 术中高度重视, 术中实时B超引导对预防胆道损伤有不可低估的作用.

■同行评价

胆道解剖变异是导致术中胆管损伤的常见原因,术中时刻警惕胆道变异的存在对预防胆管损伤有重要意义。本文报道了4例胆道变异情况,对临床避免胆管损伤有一定指导意义。

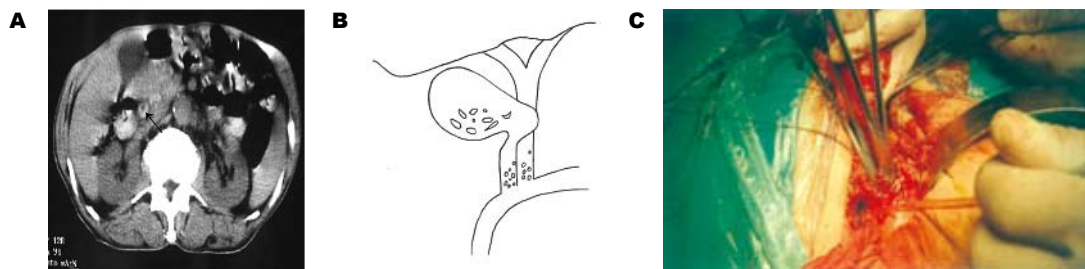


图2 胆囊管肝总管并行伴结石。A: 术前CT片可见双结石影; B: 术中所见; C: 钳子示胆囊管肝总管并行。

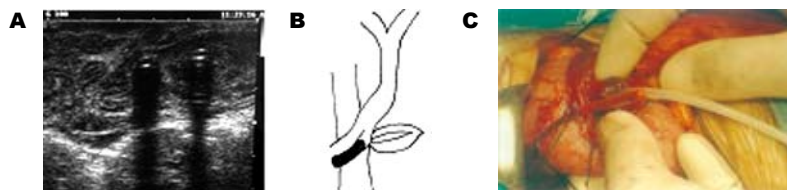


图3 主乳头部结石嵌顿, 副乳头通畅。A: 术中B超示壶腹部双管; B: 术中所见主乳头部结石嵌顿; C: 双管示主乳头, 副乳头。

切开取石, 不应只重视下段胆道通畅, 更应关注上段胆道通畅问题。术前仔细分析CT片可发现双结石影对指导手术有重要意义。

例3 主乳头部结石嵌顿, 副乳头通畅致一过性梗阻性黄疸。男, 65岁。患者1 mo来间断右上腹痛, 时有发热, 全身黄染, 曾在本地医院行抗炎, 保肝治疗, 上述症状消失, 但体质量减轻约5 kg。查体无阳性发现。B超: 胆囊结石, 胆总管扩张1.5 cm, 疑壶腹部占位。MRI: 胆总管扩张, 胆总管下段杯口征。生化系列, 肿瘤系列正常。术前诊断: 胆囊结石, 低位梗阻性黄疸, 壶腹部占位? 在全麻下行剖腹探查, 术中证实: 胆囊结石, 胆总管扩张约1.5 cm, 乳头部2 cm×2 cm光滑不活动肿物(图3)。行胆囊切除术, 胆总管探查术, F₁₀尿管顺利入十二指肠, 但乳头部肿物仍可触及, 作Kocher切口, 于乳头部切开十二指肠见乳头部饱满, 呈绒毛球状, 可触及质硬肿物, 再次从胆总管置入F₁₀尿管从壶腹部副乳头入十二指肠, 术中B超证实主乳头部肿物为结石嵌顿。经十二指肠切开乳头取出结石, 行T管引流术, 缝合十二指肠切开处, 关腹, 术后恢复良好。胆囊结石继发胆总管结石, 结石向下移动至乳头部嵌顿可引起梗阻性黄疸。如有副乳头通畅黄疸可消退, 此时极易误诊为乳头部肿瘤产生波动性黄疸。本例主乳头结石嵌顿, 副乳头通畅致一过性梗阻性黄疸临床十分罕见, 应高度重视。胆总管向下探查应想到从壶腹部副乳头入十二指肠的可能性, 尤其术前考虑壶腹部占位, 更应重视。术中B超引导探查即可避免副损伤,

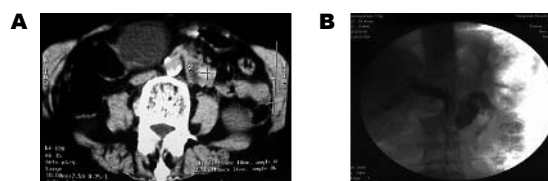


图4 胆总管结石开口于空肠。A: 术前CT示胆总管结石位于脊柱左侧; B: 术后经T管造影胆总管开口于空肠。

假道的形成, 又可直接观察, 应大力提倡。

例4 胆总管结石开口于空肠并梗阻性黄疸。女, 70岁。右上腹痛, 高热, 黄疸1 d, 右上腹肌卫, 压痛。WBC: $28 \times 10^9/L$, N: 0.97。血淀粉酶正常。术前B超: 胆总管扩张, 胆总管下段结石, 在全麻下行急诊手术, 术中探查胆囊10 cm×6 cm大小, 壁光滑, 张力高。自文式孔探查未触及胆总管结石, 胆总管扩张直径2 cm, 打开之, 探查胆总管于胰头上斜行左下方走于胰腺后方, 取出结石, F₁₀尿管顺利入空肠, 回吸得肠液。置T管引流, 术闭(图4)。该例患者术前B超仅能明确胆总管下段结石, 而术前与CT互补对胆管走行术有了明确判断, 这对术中预防胆管损伤及手术操作方向具有重要指导意义。胆总管开口空肠实属罕见。此型易致ERCP检查或奥狄氏括约肌切开成型术寻找十二指肠乳头困难, 操作失败。

2 参考文献

- 1 黄志强. 黄志强胆道外科. 第1版. 济南: 山东科学技术出版社, 1999: 462-467
- 2 王炳煌. 腹腔镜胆囊切除胆管损伤. 中华肝胆外科杂志 2005; 11: 155-157

电编 张敏 编辑 潘伯荣