

医源性胆道狭窄的治疗现状

周丁华, 李耀峰, 孙强

周丁华, 李耀峰, 孙强, 中国人民解放军二炮总医院肝胆外科 北京市 100088

周丁华, 主任医师, 主要从事复杂肝胆疾病及肝脏移植研究工作. 作者贡献分布: 周丁华, 李耀峰对此文所作贡献均等; 此课题由周丁华, 李耀峰设计; 研究过程由周丁华, 李耀峰, 孙强操作完成; 本论文写作由周丁华, 李耀峰完成.

通讯作者: 周丁华, 100088, 北京市西城区新街口外大街16号, 中国人民解放军二炮总医院肝胆外科. zhouhd@sina.com
电话: 010-66343412

收稿日期: 2007-10-14 修回日期: 2008-01-17

Progress in treatment of iatrogenic bile duct stenosis

Ding-Hua Zhou, Yao-Feng Li, Qiang Sun

Ding-Hua Zhou, Yao-Feng Li, Qiang Sun, Department of Hepatobiliary Surgery, General Hospital of the Second Artillery Force of Chinese PLA, Beijing 100088, China

Correspondence to: Ding-Hua Zhou, Department of Hepatobiliary Surgery, General Hospital of the Second Artillery Force of Chinese PLA, Beijing 100088, China. zhouhd@sina.com

Received: 2007-10-14 Revised: 2008-01-17

Abstract

The occurrence of iatrogenic biliary tract injury is rapidly increased due to the wide practice of laparoscopic cholecystectomy. How to choose the appropriate operation time and procedure, is a challenge with which clinical doctor must face. Although there are many therapies for iatrogenic biliary tract injury, no therapy is perfect. We should pay our attention to the selection of therapies for it in order to achieve its better clinical therapeutic effect.

Key Words: Iatrogenic bile duct stenosis; Injury; Treatment

Zhou DH, Li YF, Sun Q. Progress in treatment of iatrogenic bile duct stenosis. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(7): 685-687

摘要

伴随腹腔镜胆囊手术的普遍开展, 医源性胆道损伤的发病越来越多, 如何选择恰当的手术时机和处理方式, 是临床医生需要面对的问题, 尽管20年来对医源性胆管损伤的治疗方法层出不穷, 但是没有一种方法尽善尽美. 我们应

该对每一种方法选择性的对待, 个体化治疗, 以期达到较好的临床效果.

关键词: 医源性胆道狭窄; 损伤; 治疗

周丁华, 李耀峰, 孙强. 医源性胆道狭窄的治疗现状. 世界华人消化杂志 2008; 16(7): 685-687

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/685.asp>

0 引言

良性胆管狭窄是胆道外科复杂的病变与并发症, 多由胆管损伤, 肝胆管结石和胆管炎反复发生所致. 其后果是导致肝实质损害, 胆汁性肝硬化, 治疗颇为棘手. 特别是随着微创外科的发展, 经腹腔镜胆囊、胃、十二指肠、肝脏切除逐渐成为常规手术, 由此引起的胆管损伤越来越多. 良性胆管狭窄处理的难易程度、手术的风险性、预后差别大, 影响预后的因素很多. 近几年对胆管损伤性狭窄形态学和免疫组化的研究较多, 随着认识的提高和手术方法, 手术器械, 材料的改进, 各种治疗方法也是层出不穷. 经历了从外科手术到微创内镜下的介入, 到重新认识Oddi括约肌功能的历史. 如何在众多的方法中找出好的处理措施, 把握恰当的手术时机, 是困扰我们的难题.

1 良性胆管狭窄的手术时机

现在对良性胆管狭窄的手术时机的把握尚有争议, 有些问题有待达成共识. 胆管良性狭窄的手术时机的选择十分关键, 时机掌握不好常导致手术的再次失败. 以Bismuth为代表的传统观点是首先作好引流, 待肝管汇合部扩张至1.0 cm以上时, 才施行修复手术, 因此需要等待2-3 mo的时间. 1999年Murr *et al*^[1]对此持同样的观点, 然而此观点在当前受到挑战, 近年来以黄志强为代表的较多专家更趋向于早期修复手术. 2002年詹国清 *et al*^[2]在损伤性胆管狭窄手术时机对肝功能变化影响的实验研究中认为早期行胆管修复重建术为宜. 我们更倾向于治疗的个体化.

2 良性胆管狭窄的手术方式

关于良性胆管狭窄的手术方式的选择更是各

背景资料

医源性胆管损伤后造成的良性胆管狭窄越来越常见, 后期的处理措施以及手术时机的选择一直没有定论. 近年来以黄志强为代表的专家趋向于早期修复手术. 对于术式选择一般根据Bismuth分型采用胆管端端吻合、胆肠重建、胆道修补成型等不同术式.

同行评议者

戴朝六, 教授, 中国医科大学第二临床学院(盛京医院)肝胆外科

研发前沿
胆道内镜和介入
治疗作为一种新
的发展趋势,其治
疗价值仍有待进
一步论证.

家争论的焦点.对胆管狭窄一般仍采用Bismuth分型. Bismuth I型并且手术当中发现的胆管横断,如没有张力,则可行端端吻合术,端端吻合以烙制肠线或其他可吸收缝线行单层间断缝合,丝线不适合,原因是丝线存在于肝胆管腔内成为一个异物或溶解导致结石形成,吻合后50%-60%出现再狭窄.2002年黄志强在损伤性胆管狭窄的治疗中对缝合材料有特别的说明.高位狭窄的修复(Bismuth II, III, IV型)可采用多种方法.大多数Bismuth II, III, IV型狭窄,可通过上述解剖左肝管径路,以充分显露胆管.这种方法基于Couinand的研究,并由Hepp和Couinand详细描述.新近的报道见于Blumgart.有时在某些Bismuth IV型患者需要游离甚至切开肝方叶.各种胆肠重建手术方式,也是各有特点.如胆管空肠吻合术;间置空肠胆管十二指肠吻合术;肝门胆管十二指肠端端大口吻合,并十二指肠球部与十二指肠III段同步端侧吻合术;以及Ho-Seong Han在1997-2002年对89例患者在腹腔镜下行Roux-Y吻合术,并认为是非常好的选择^[3].但是上述手术后有反流性胆管炎的发生,影响患者的生活质量.在20世纪70-80年代,我国同道曾在Y型空肠的输胆袢上附加多种形式的人工抗反流装置,如空肠套叠式瓣膜,人工乳头,矩形瓣等,但均未达到预期目的.在此基础上尚有皮下盲袢式胆管空肠Roux-Y吻合术,皮肤肠漏式胆管空肠Roux-Y吻合术.以便术后经此通道采用非手术方法处理胆道残留或复发的病灶,可减少或避免再次手术.增强抗反流能力,但是效果都不能令人满意.人们开始重新关注Oddi括约肌功能的重要性,1980年冉瑞图教授提出,对狭窄胆管整形时,保留Oddi括约肌的生理功能来制止反流的设想,并报道了成功的病例.黄志强,蔡景修,张长工 *et al*相继用带蒂的空肠壁,胃窦浆肌层,带蒂奇静脉,胆囊壁等组织作为狭窄肝胆管成型的材料,恢复胆汁经Oddi括约肌入肠的正常通道,均获成功.

3 良性胆管狭窄的内镜下介入

伴随医疗器械的改进良性胆管狭窄的内镜和介入治疗是一新的发展趋势,给患者提供了好的疗效,曾一度出现取代手术治疗的趋势.1996年Vitale *et al*^[4]报道86例良性胆管狭窄的病例,其中65例行内镜下介入治疗,45例行内镜下支撑管置入,其中18例行乳头切开术,2例失败,成功率达到97%.2005年Kuzela *et al*^[5]曾报道近20年

内镜下治疗是胆管狭窄治疗的首选.内镜对于70%-80%的患者疗效较好,长期的随访患者安全,现在手术仅用在横断性损伤再次手术,以及内镜下治疗失败的患者.内镜下治疗包括气囊扩张或放置永久性内支撑管等,气囊导管的成功率50%-97%.气囊扩张治疗胆管狭窄简单易行,但再狭窄率较高,一组随访5-7.5年的病例中,再狭窄率达到45%.金属内支架最常用的是一种自膨式螺旋镍钛合金支架,以及现在的塑料支架,近期疗效较好.1997年Yoon *et al*^[6]报道26例良性胆管狭窄的患者行胆道金属支架,在6, 12, 24, 36 mo的通畅率分别是92%, 75%, 67%, 46%,引起胆管再次狭窄的原因是结石和淤胆以及上皮细胞的增生,反复化脓性胆管炎.因此金属支架在良性胆管狭窄的治疗中并不是有效的长期方法.2000年Tocchi *et al*^[7]回顾性分析42例良性胆管狭窄的患者,分为手术组和内镜下支架组,随访60 mo,结果虽然内镜组在近期并发症方面优于手术组但是术后长期效果优于内镜下支架组.2004年Tsukamoto *et al*^[8]报道2例自动膨胀金属支架治疗良性胆管狭窄,认为金属支架治疗良性胆管狭窄仍旧是有争议的,他应该作为备用的最后方案.

我们也尝试应用各种治疗方法治疗良性胆管狭窄,认为不能随意废弃患者的Oddi括约肌的功能,应该重新认识保留Oddi括约肌功能的狭窄修复术.我们曾经对23例行胆管空肠吻合后严重反流的患者,0.5-4年后重新利用患者的Oddi括约肌,患者术后反流控制良好.内镜下的介入治疗也应该从盲目的跟从,到理性的回归,我们应该从提高患者的生活质量入手,根据患者的自身差异个体化治疗,但是根深蒂固的观念如果转变,还需要时间和对知识的再认识,任重而道远.

4 参考文献

- 1 Murr MM, Gigot JF, Nagorney DM, Harmsen WS, Ilstrup DM, Farnell MB. Long-term results of biliary reconstruction after laparoscopic bile duct injuries. *Arch Surg* 1999; 134: 604-609; discussion 609-610
- 2 詹国清,董家鸿,王槐志,杨占宇,陈耿.损伤性胆管狭窄手术时机对肝功能变化影响的实验研究. *中华肝胆外科* 2002; 8: 629-630
- 3 Han HS, Yi NJ. Laparoscopic Roux-en-Y choledochojejunostomy for benign biliary disease. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 80-84
- 4 Vitale GC, George M, McIntyre K, Larson GM, Wieman TJ. Endoscopic management of benign and malignant biliary strictures. *Am J Surg* 1996; 171: 553-557
- 5 Kuzela L, Oltman M, Sutka J, Hrcka R, Novotna

- T, Vavrecka A. Prospective follow-up of patients with bile duct strictures secondary to laparoscopic cholecystectomy, treated endoscopically with multiple stents. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 1357-1361
- 6 Yoon HK, Sung KB, Song HY, Kang SG, Kim MH, Lee SG, Lee SK, Auh YH. Benign biliary strictures associated with recurrent pyogenic cholangitis: treatment with expandable metallic stents. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169: 1523-1527
- 7 Tocchi A, Mazzone G, Liotta G, Costa G, Lepre L, Miccini M, De Masi E, Lamazza MA, Fiori E. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting. *Arch Surg* 2000; 135: 153-157
- 8 Tsukamoto T, Hirohashi K, Kubo S, Tanaka H, Hamba H, Shuto T, Takemura S, Kinoshita H. Self-expanding metallic stent for benign biliary strictures: seven-year follow-up. *Hepatogastroenterology* 2004; 51: 658-660

同行评价
本文在一定程度上反映了目前医源性胆道狭窄的治疗现状, 具有一定的可读性。

编辑 李军亮 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

世界华人消化杂志正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献。序号一律左顶格写, 后空 1 格写标题; 2 级标题后空 1 格接正文。以下逐条陈述: (1) 引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系。(2) 材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验。对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可。(3) 结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论。(4) 讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾。图表的数量要精选。表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容。表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出。图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出。同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述。如: 图 1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化。A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: …。曲线图可按 ●、○、■、□、▲、△ 顺序使用标准的符号。统计学显著性用: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ ($P>0.05$ 不注)。如同一表中另有一套 P 值, 则 ^c $P<0.05$, ^d $P<0.01$; 第 3 套为 ^e $P<0.05$, ^f $P<0.01$ 。 P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P<0.01$, $t=4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方。表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、- 应上下对齐。“空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等。表图勿与正文内容重复。表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达。黑白图请附黑白照片, 并考入磁盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片。彩色图片大小 $7.5\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条黏贴在正文内, 不能使用浆糊黏贴。(5) 致谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐。(常务副总编辑: 张海宁 2008-03-08)