

肝包虫内囊摘除术后胆漏再手术治疗9例

陈长义, 陈耀堂, 李慧明, 田希兰, 张志红, 时煜山

陈长义, 陈耀堂, 李慧明, 田希兰, 张志红, 时煜山, 宁夏回族自治区固原市人民医院普外科 宁夏回族自治区固原市 756000

陈长义, 副主任医师, 主要从事普外科方面的临床工作与研究.

宁夏固原市科技发展计划基金资助项目, No. 2012-06

作者贡献分布: 本研究设计与写作由陈长义完成; 陈耀堂、李慧明、田希兰、张志红及时煜山参与临床诊治.

通讯作者: 陈长义, 副主任医师, 756000, 宁夏回族自治区固原市原州区文化街38号, 宁夏回族自治区固原市人民医院普外科.

ccyi19720501@163.com

收稿日期: 2014-01-06 修回日期: 2014-01-17

接受日期: 2014-01-24 在线出版日期: 2014-03-28

Reoperation for biliary leakage after hepatic hydatid cyst removal

Chang-Yi Chen, Yao-Tang Chen, Hui-Ming Li, Xi-Lan Tian, Zhi-Hong Zhang, Yu-Shan Shi

Chang-Yi Chen, Yao-Tang Chen, Hui-Ming Li, Xi-Lan Tian, Zhi-Hong Zhang, Yu-Shan Shi, Department of General Surgery, the People's Hospital of Guyuan, Guyuan 756000, Ningxia Hui Autonomous Region, China

Supported by: the Science and Technology Development Program of Guyuan City, No. 2012-06

Correspondence to: Chang-Yi Chen, Associate Chief Physician, Department of General Surgery, the People's Hospital of Guyuan, 38 Wenhua Street, Yuanzhou Region, Guyuan 756000, Ningxia Hui Autonomous Region, China. ccyi19720501@163.com

Received: 2014-01-06 Revised: 2014-01-17

Accepted: 2014-01-24 Published online: 2014-03-28

Abstract

AIM: To summarize the efficacy of reoperation for biliary leakage after hepatic hydatid cyst removal.

METHODS: A total of 9 patients with hepatic echinococcosis who underwent hepatic hydatid cyst removal, required long term tube drainage and had recurrent infections at Guyuan City People's Hospital from January 2011 to October 2013 were included in this study. These patients were in good general condition and had no serious heart or lung diseases. Nine patients underwent elective surgery, of whom three had evident residual cavity wall calcification in the right lobe and left lateral lobe and underwent total external cystectomy and hepatic drainage,

and the remaining 6 underwent suturing for bile leak, residual cavity omentum filling and common bile duct T tube drainage because of a potential risk of total external cystectomy due to the fact that the residual cyst cavity was too close to the first and second porta hepatis.

RESULTS: In 2 of the 9 patients who underwent reoperation, the daily volume of drainage was about 10-50 mL in the first 3 days after reoperation, and decreased to 5-10 mL on day 5, and the drainage tube was removed on day 7. In the remaining 7 cases, the daily volume of drainage was about 5-10 mL in the first 3 days and diminished gradually, and the drainage tube was removed on day 5. After discharge, all patients underwent follow-up ultrasound each month, and no abnormal changes in the surgical area or effusion were observed. During a telephone follow-up period of 6 mo to 3 years, 2 patients died of other diseases, and the remaining 7 cases recovered well.

CONCLUSION: Reoperation is effective in the management of biliary leakage after hepatic hydatid cyst removal.

© 2014 Baishideng Publishing Group Co., Limited. All rights reserved.

Key Words: Hepatic echinococcosis; Biliary leakage; Operation

Chen CY, Chen YT, Li HM, Tian XL, Zhang ZH, Shi YS. Reoperation for biliary leakage after hepatic hydatid cyst removal. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(9): 1285-1288 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/1285.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i9.1285>

摘要

目的: 总结肝包虫内囊摘除术后长期带管患者再行手术治疗的效果.

方法: 固原市人民医院2011-01/2013-10收治肝包虫内囊摘除术后长期带肝包残腔引流管且引流管口反复感染患者9例, 患者一般情况良

■背景资料

肝包虫病为牧区及西北偏远山区常见的人畜共患疾病, 手术是治疗肝包虫病的主要手段. 传统的肝包虫内囊摘除术后, 如发现残腔有胆漏, 一般行残腔置管引流. 但部分患者后残腔胆漏量大, 带管时间长, 给患者带来诸多不便, 且引流管容易逆行性感染, 严重影响生活质量. 如何再治疗是外科医生面临的一个难题.

■同行评议者

于则利, 教授, 首都医科大学附属北京同仁医院外科

■ 研发前沿

宁夏南部山区因经济落后, 干旱少雨, 农村大多饮用窖水, 故肝包虫的发病率较高, 手术是治疗肝包虫主要手段。

好, 无严重心肺疾病者, 均可再次手术。9例患者均行择期手术, 其中3例残腔壁钙化明显, 位于肝右叶及左外叶, 行肝包残腔外囊完整剥除+肝下引流术。另外6例因囊肿残腔靠近第一、二肝门, 行残腔囊外完整剥除风险大, 采用直视下残腔内胆漏口缝闭+残腔大网膜填塞+残腔引流+胆总管T管引流术。

结果: 本组9例患者再手术后有2例前3 d每日残腔引流管引流量约10-50 mL, 到第5天降至每日5-10 mL, 至第7天无引流物拔除。其余7例术后1-3 d引流量每日约5-10 mL, 呈每日递减, 一般均在5 d内拔除。9例患者出院后月均行彩超复查, 肝包虫术后改变, 无积液。电话随访6 mo-3年, 除2例死于其他疾病外, 其余7例工作生活正常, 恢复良好。

结论: 肝包虫术后残腔胆漏长期带管患者, 再次手术解决胆漏并去除引流管效果较好。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 肝包虫; 胆漏; 手术

核心提示: 本研究通过对肝包虫术后胆漏再手术治疗, 总结出以下几点经验: (1)肝包虫患者首次手术尽可能行根治性囊外切除术; (2)如肝包残腔靠近第一、二肝门, 行根治性囊外切除术困难者, 应仔细探查残腔寻找胆漏口, 尽可能缝闭胆漏口, 并用带蒂大网膜填塞残腔; (3)一旦术后残腔带管时间超过3 mo, 且胆漏量每日>100 mL, 应考虑再手术治疗。

陈长义, 陈耀堂, 李慧明, 田希兰, 张志红, 时煜山. 肝包虫内囊摘除术后胆漏再手术治疗9例. 世界华人消化杂志 2014; 22(9): 1285-1288 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/1285.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v22.i9.1285>

0 引言

肝包虫病为牧区及西北偏远山区常见的人畜共患疾病, 手术是治疗肝包虫病的主要手段^[1-4]。目前常用的手术方法有: (1)肝包内囊摘除, 残腔引流术; (2)根治性肝包虫囊外剥除术; (3)肝包内囊摘除、残腔大网膜填塞+残腔引流术。传统的肝包虫内囊摘除术后, 如发现残腔有胆漏, 一般行残腔置管引流。但部分患者后残腔胆漏量大, 带管时间长, 给患者带来诸多不便, 且引流管容易逆行性感染, 严重影响生活质量。如何再治疗是外科医生面临的一个难题^[5,6]。2011-01/2013-10

固原市人民医院收治肝包虫内囊摘除术后长期带肝包残腔引流管且引流管口反复感染患者9例, 为尽早拔除引流管患者进行住院手术治疗。本文总结肝包虫内囊摘除术后长期带管患者行再次手术治疗效果, 具体分析如下。

1 材料和方法

1.1 材料 本组肝包虫内囊摘除术后长期带管患者9例, 其中男性5例, 女性4例, 年龄18-72岁, 平均45岁。既往均行肝包内囊摘除+残腔引流术。残腔引流管带管时间最短6 mo, 最长38 mo, 平均22 mo。每日胆汁引流量60-300 mL, 平均180 mL。其中6例为县级医院手术, 2例为中心卫生院手术, 1例为本院手术。

1.2 方法 患者一般情况良好, 无严重心肺疾病者, 均可再次手术。本组9例患者均行择期手术, 其中3例残腔壁钙化明显, 位于肝右叶及左外叶, 行肝包残腔外囊完整剥除+肝下引流术。另外6例因囊肿残腔靠近第一、二肝门, 行残腔囊外完整剥除风险大, 采用直视下残腔内胆漏口缝闭+残腔大网膜填塞+残腔引流+胆总管T管引流术。

2 结果

2.1 术后带管时间 本组9例患者再手术后有2例前3 d每日残腔引流管引流量约10-50 mL, 到第5天降至每日5-10 mL, 至第7天无引流物拔除。其余7例术后1-3 d引流量每日约5-10 mL, 呈每日递减, 一般均在5 d内拔除。

2.2 随访 9例患者出院后每月均行彩色多普勒超声复查, 肝包虫术后改变, 无积液。电话随访6-36 mo, 除2例死于其他疾病外, 其余7例工作生活正常, 恢复良好。

3 讨论

宁夏南部山区因经济落后, 干旱少雨, 农村大多饮用窖水, 故肝包虫的发病率较高。手术是治疗肝包虫的主要手段。目前常用的手术方法有: (1)肝包内囊摘除, 残腔引流术。肝包虫内囊摘除术一直被公认为治疗肝包虫病的理想方案, 目前仍在临床广泛应用, 具有操作简单, 疗效可靠的优点。对内囊摘除术后残腔的处理应根据残腔大小、部位、外囊厚度、钙化程度、感染、渗液等区别处理。其原则是彻底清除残留内囊, 尽可能缩小残腔, 防止胆漏、渗血、渗液、感染的发生。但上述方法复发率高, 文献报道^[1]复发

率在4.5%-20.2%, 加之伴有胆漏, 必然导致残腔很高的并发症, 发生率在10.8%-65.8%, 极大地影响了手术疗效及术后生活质量; (2)根治性肝包虫囊外剥除术. 彭心宇^[2]提出外膜下肝包虫切除术, 实践工作中证明其手术操作较肝不规则切除术容易, 出血少, 尤其距肝门较远者手术更易操作, 有条件的医院可以推广; (3)肝包虫内囊摘除、残腔大网膜填塞+残腔引流术. 对不能完全切除的外囊残腔, 大网膜填塞是防止术后并发症的较好方法. 我们曾使用上述3种手术方法治疗肝包虫, 并进行效果比较^[3], 总结出直视下残腔内胆漏口缝闭+残腔大网膜填塞+残腔引流+胆总管T管引流术方法简单易行, 比较适合基层医院实施.

肝包虫术后残腔胆漏量大, 引流管长期不能拔除, 就其原因有以下几点^[7-10]: (1)基层医院限于条件和技术, 一般均行肝包虫内囊摘除+残腔引流术, 很少行根治性肝包虫囊外剥除术. 如术中发现肝包虫残腔有胆漏, 很少仔细找寻胆漏口并缝扎. 仅放置残腔引流管, 导致大的胆漏口无法自闭, 引流管放置时间长; (2)部分大的肝包虫内囊摘除前因残腔压力大于肝内胆管压力, 故与肝包虫之间相通的毛细胆管处于闭锁状态. 当内囊摘除, 残腔压力消失, 与肝内胆道相通的小毛细胆管大量开放, 导致胆漏. 这种患者术中残腔内可能未发现有明显胆漏, 术后3-4 d开始残腔引流处出大量胆汁, 但大多数残腔塌陷闭锁后胆漏逐渐减少直至消失, 仅有部分患者残腔胆漏经久不愈长期带管; (3)术中处理肝包虫残腔简单, 未用带蒂大网膜填塞残腔, 加上残腔壁钙化不易塌陷闭锁, 一旦有胆漏形成, 很难自愈. 对于肝包虫术后残腔胆漏长期带管患者, 再次手术解决胆漏并去除引流管无疑是正确的选择. 再手术方式有如下几种^[11-13]: (1)根治性肝包虫囊外手术: 由于将外囊完整从肝组织剥除, 从根本上杜绝了复发和胆漏原因, 可达到消灭残腔, 避免感染及胆漏并发症. 本组3例行此手术效果良好; (2)残腔胆漏口缝闭+大网膜填塞+T管引流术. 部分换患者再次术中发现, 残腔较原来明显缩小, 但未完全塌陷闭锁, 并且靠近第一、二肝门, 探查残腔能发现有明显的胆漏口与肝内胆管相通, 但行残腔囊外剥除术困难的, 可直视下缝闭胆漏口, 将残腔两侧壁对拢缝合, 尽量缩小残腔, 并用带蒂大网膜填塞残腔, 预防性于残腔

置引流管, 关闭残腔. 另外行T管引流, 以降低胆道压力, 促进胆漏口毛细胆管闭锁愈合. 罗超英等^[4]对于包虫位于肝门部合并胆漏时, 行胆总管内置“T”管引流, 术中注水对明确的胆漏给予缝扎, 明显缩短了术后胆漏带管时间, 手术操作相对简单, 风险小, 疗效较好, 术后残腔并发症少, 便于肝包虫高发区的基层医院开展, 对于肝包虫合并胆漏再手术治疗是一个有效的尝试. 本组6例均以此方法处理, 术后残腔引流管最长7 d拔出, 效果良好.

本研究通过对肝包虫术后胆漏再手术治疗, 总结出以下几点经验: (1)肝包虫患者首次手术尽可能行根治性囊外切除术. 因为在外膜下包虫切除术中发现外囊均有多个管道相通, 多为胆管系统, 亦有滋养血管, 外囊切除术解决了残腔原位复发及囊液外溢及种植原因, 避免术后长期带引流管, 应首选此术式; (2)如肝包虫靠近第一、二肝门, 行根治性囊外切除术困难者, 应仔细探查残腔寻找胆漏口, 尽可能缝闭胆漏口, 并用带蒂大网膜填塞残腔. 因为大网膜具有强大的吸收修复及抗感染能力, 填充残腔后可使残腔积液尽快消失, 胆漏封闭、残腔缩小, 明显减少带管时间; (3)一旦术后残腔带管时间超过3 mo, 且胆漏量每日>100 mL, 应考虑再手术治疗.

4 参考文献

- 1 张启瑜, 钱礼. 腹部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 552-553
- 2 彭心宇. 肝包虫病的外科治疗新观点. 中国实用外科杂志 2003; 23: 651-653
- 3 陈长义, 冶固卫. 肝包虫三种术式比较及临床应用评价. 中华普通外科杂志 2009; 24: 246-247
- 4 罗超英, 刁红亮, 乌尔班, 张德华, 夫尔多斯, 马尔丹, 陈萍. 不同方式治疗肝包虫合并胆瘘临床研究. 中华肝胆外科杂志 2010; 16: 148-149
- 5 彭心宇, 张示杰, 牛建华. 肝包虫外膜内完整摘除术30例报告. 中华普通外科杂志 2002; 17: 529-530
- 6 何登瀛, 张天龄, 李玉民, 王世栋. 肝包虫病的外科治疗. 中国普通外科杂志 2000; 9: 155-157
- 7 罗超英, 刁红亮, 马尔丹, 杜明红. 小儿肝包虫病110例特点及诊治分析. 新疆医科大学学报 2008; 31: 1303-1303
- 8 李新丰, 刘恒山, 依敏江. 肝塌陷术配合高渗盐水治疗小儿肝包虫病. 中华肝胆外科杂志 2004; 10: 199-200
- 9 阿力木江·托合提, 阿布都加帕, 阿布都外力. 肝包虫病的外科治疗讨论. 中外健康文摘 2012; 9: 170-171
- 10 夏亮, 彭心宇. 肝包虫病外科治疗的现状. 现代生物医学进展 2010; 10: 1994-1996
- 11 李晓东, 李波, 严律南, 文天夫. 肝包虫病的外科治疗和并发症的处理. 华西医学 2005; 20: 229-230

■同行评价

本研究选题实用, 总结具体, 讨论丰富, 对临床医师尤其是基层临床医师有参考价值.

- 12 何涛. 肝包虫病的并发症及外科治疗对策. 内蒙古医学杂志 2003; 35: 351-352
- 13 段振坤, 何凤国, 张兴武. 408例肝包虫病外科治疗的体会. 宁夏医学杂志 1999; 21: 355-356

编辑 田滢 电编 鲁亚静



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有

• 消息 •

《世界华人消化杂志》参考文献要求

本刊讯 本刊采用“顺序编码制”的著录方法,即以文中出现顺序用阿拉伯数字编号排序.提倡对国内同行近年已发表的相关研究论文给予充分的反映,并在文内引用处右上角加方括号注明角码.文中如列作者姓名,则需在“Pang等”的右上角注角码号;若正文中仅引用某文献中的论述,则在该论述的句末右上角注码号.如马连生^[1]报告……,潘伯荣等^[2-5]认为……;PCR方法敏感性高^[6-7].文献序号作正文叙述时,用与正文同号的数字并排,如本实验方法见文献[8].所引参考文献必须以近2-3年SCIE, PubMed,《中国科技论文统计源期刊》和《中文核心期刊要目总览》收录的学术类期刊为准,通常应只引用与其观点或数据密切相关的国内外期刊中的最新文献,包括世界华人消化杂志(<http://www.wjgnet.com/1009-3079/index.jsp>)和 *World Journal of Gastroenterology* (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/index.jsp>).期刊:序号,作者(列出全体作者).文题,刊名,年,卷,起页-止页, PMID编号;书籍:序号,作者(列出全部),书名,卷次,版次,出版地,出版社,年,起页-止页.