

· 经验交流 ·

老年胆总管探查一期缝合(240 例)的体会

蔡珍福 孙琴

胆石病是一种常见病,发病率随年龄的增长而增高,65 岁以上的老年人发病率高达 38%,其中胆管结石约占胆石病 10%。由于老年人年大体弱,常合并有慢性全身性疾病,手术危险性大,平常惧怕手术,而胆管结石容易发生梗阻,引发胆管炎,病情险恶,不得不急诊手术,急诊手术的并发症和死亡率是择期手术的 5~10 倍。因此,胆管结石是一种严重危害老年人健康的疾病。解放军第 455 医院在开展小切口胆囊切除术的基础上,应用纤维胆道镜探查胆总管,选择 240 例 65 岁以上的病例一期缝合胆总管,效果十分满意。为老年人胆管手术开辟了一种安全、低创的新术式,现将笔者的做法和体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 240 例,男 102 例,女 138 例。年龄 65~86 岁,平均 72.6 岁。病种:胆管结石合并胆总管结石 176 例,单纯性胆总管结石 43 例,有黄疸、胰腺炎病史 12 例,胆总管直径 ≥ 13 mm 9 例。合并黄疸 23 例,合并 1 种以上慢性全身性疾病 176 例(73.3%)。急诊手术 28 例,择期手术 212 例(88.3%)。

1.2 方法 在右肋缘下做一个 4~6 cm 小切口,先做胆囊切除。有胆管探查指征的病例,在胆总管前壁切开 0.6~0.8 cm 的纵切口,插入 CHF P20Q 型纤维胆道镜,窥视肝内外胆管。根据病变性质,采取有效的治疗方法。需要取石,适当延长胆管壁的切口,通过网篮取石。选择探查阴性,结石取净,胆总管无水肿、糜烂、狭窄、出血,胆总管下端通畅,括约肌功能良好的病例,用 5-0 无损伤缝针间断或连续缝合胆总管的切口,Winslow 孔放置负压引流管。

1.3 结果 本组腹腔引流量超过 100 ml/d 有 2 例,延长拔管时间 3~4 d,其余病例均于 3 d 内拔除腹腔引流管。2 例持续低热, B 超提示:胆囊区少量积液,在 B 超定位下穿刺抽出 50~80 ml 淡黄色液体,体温恢复正常。1 例皮下脂肪液化。1 例术后第 2 天出现黄疸,总胆红素为 47.5 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 29.3 $\mu\text{mol/L}$,经抗生素、苦参注射液等消炎利胆 1 周后,恢复正常。无出现胆漏、梗阻性黄疸、胆管炎、残留结石、胰腺炎、腹腔感染等并发症,平均 6.7 d 出院,无手术死亡率。

2 体会

2.1 老年人胆总管探查一期缝合的优点 老年人的机体代

偿能力和免疫功能下降,常合并有心血管、呼吸系统等慢性全身性疾病。高龄和合并症都是胆道手术的高危因素。在不低于甚至高于传统治疗效果的前提下,应尽可能地减少病人近期和远期因手术带来的痛苦。胆总管探查后一期缝合:(1)避免了长期放置 T 管引起的一些并发症,如胆漏,有早期 T 管周围胆漏,早、中期 T 管滑脱引起的胆漏,晚期拔管引起的胆漏。还有 T 管压迫导致的胆管壁、肠管壁的缺血、坏死,出血等,这些并发症轻者延长住院时间,重者需再次手术,甚至危及病人的生命。(2)避免长期放置 T 管给病人造成的痛苦和恐惧心理。(3)避免胆汁的丢失导致的食欲减退,电解质紊乱。(4)避免置胃管、导尿管引起的肺部和泌尿系的并发症。病人能早起床活动,早进食,少补液,早出院,有利病人心理和生理上最大限度的康复,安全度过围手术期。本组平均年龄 72.6 岁,合并 1 种以上慢性全身性疾病占 73.3%,都安全接受手术,无手术死亡率。

2.2 老年人胆总管探查一期缝合的指征 老年人胆总管探查一期缝合一定要严格掌握适应证,首先选择择期手术的病例。择期手术可以从容进行术前围手术期的准备,纠正营养、电解质失衡,控制好血糖、血压,提高病人的应激能力。同时择期手术胆管无炎症、充血、水肿,确保胆总管一期缝合的质量,所以老年人胆总管结石一旦明确诊断,要争取早手术,择期手术,为胆总管一期缝合创造条件。其次是选择纤维胆道镜探查符合下列条件的病例:(1)探查阴性;(2)取石干净,肝内外胆管无残留结石;(3)胆管内无充血、出血、水肿、狭窄等其他病变;(4)胆管下端通畅,括约肌功能良好。本组发生 1 例术后第 2 天出现黄疸,该例是小结石嵌顿在胆管下端,取石困难,术中用胆道镜镜体直接将结石推入十二指肠,可能导致胆管下端水肿,虽经保守治疗 1 周后黄疸消退,但也虚惊一场。笔者认为胆管下端结石嵌顿的病例应列为胆总管直接缝合的禁忌。

2.3 注意事项 (1)严格掌握适应证,仅选择择期手术的病例和胆道镜探查阴性,结石取净,胆管内无炎症、充血、出血、水肿、狭窄,括约肌功能良好的病例。(2)减少胆管壁的损伤,先在胆总管前壁做一 6~8 mm 的纵切口,以能插入胆道镜为宜,然后根据需要再适当延长切口。避免分离太多,影响胆管血液循环,致术后愈合不良。(3)取石要轻巧,小结石用取石网篮直接套取,大结石可配合特制的取石钳取石。凡结石嵌顿的病例,为防术后水肿造成梗阻,不宜一期缝合胆管。(4)胆管壁切口用 5-0 无损伤缝针间断或连续缝合,应张力均匀,密度适当。(5)Winslow 孔需放置腹腔引流管,术后观察引流液的量和颜色,3 d 内无胆汁样液体流出,量 <

收稿日期:2004-07-07

作者单位:200052 上海市,解放军第 455 医院肝胆外科

作者简介:蔡珍福,男,1947 年 11 月生,福建省莆田市人,医学学士,主任医师,科主任。Tel:021-62800157-41211

30 ml/d,可拔除腹腔引流管。

参考文献

- 1 陈益君,宗学先.胆总管探查术后发生胆漏的原因及防治.肝胆胰外科杂志,2003,15:55-56.
- 2 姚昌宏,吕建蓉,井清源,等.常规拔 T 管所致胆汁性腹膜炎 26 例分析.实用外科杂志,1992,12:417-418.
- 3 蔡珍福,王坚.纤维胆道镜胆总管探查后不放置 T 管的体会.中华普通外科杂志,1999,14:393.

专家审稿评述

百余年前,胆管切开探查术开展之初,均为一期缝合,但

术后胆漏、胆管炎、胆汁性腹膜炎频发对病人危害甚重。胆管内置(T)管引流是一创新,增进术后病人的安全,沿用至今,已成常规。当前技术进步,所谓“T”管之种种弊端,实属术后的管理问题。“一期缝合”论者,有打破常规之意,但不能鼓吹,在老年病人,尤其应慎重。用“T”管是事出有因,乃历史形成,而“一期缝合”的应用,强调在具体病例的选择,一方面是全身及局部的情况和改变,另一方面是施术者的理论功底和实际经验与判断能力。“用”是常规,“不用”会不会出事?实际是放不放心,敢不敢?这是考验,也就“难”。一定要克服随意性,强调适应证,都要强调术后管理,观察。本文有所强调是必要的。

(解放军总医院 刘永雄)

(上接第 292 页)

位基因频数为 71。AMI 组与对照组 β Fg-455 位点 AA + AG 基因型与 GG 基因型分布存在显著性差异,AMI 组 AA + AG 基因型携带者多于对照组(表 1)。AMI 组与对照组 β Fg-455A 等位基因与 β Fg-455G 等位基因分布存在显著性差异,AMI 组 A 等位基因频率高于对照组(表 2)。

表 1 AMI 组与对照组 β Fg-455 位点基因型比较

组别	AA	AG	GG
AMI 组(人)	2	17	21
对照组(人)	1	7	32

注: $\chi^2 = 6.765, P = 0.009$

表 2 AMI 组与对照组 β Fg-455 位点等位基因比较
(等位基因数)

组别	A	G
AMI 组	21	59
对照组	9	71

注: $\chi^2 = 5.91, P = 0.02$

相关分析发现 Fg-455A 等位基因频率与血浆 Fg 水平正相关($r = 0.28$)。

3 讨论

Fg 及纤维蛋白是动脉粥样硬化病灶中主要成分之一。当动脉内皮细胞受损,Fg 可随低密度脂蛋白进入内膜,部分转化为纤维蛋白,在动脉粥样硬化病变发展的过程中又起着促进作用。同时 Fg 及纤维蛋白在导致血管平滑肌的增殖、内膜增厚等动脉粥样硬化病变过程,均有明显的作用。Fg 也是促进血小板聚集的重要蛋白质,每个血小板膜上含有约 5 万个 Fg 受体,Fg 通过分子表面的 6 个结合位点可与血小板膜表面的 Fg 受体结合,使血小板发生聚集。血浆 Fg 浓度升高可增强血小板聚集反应增强,致血栓形成。

本研究发现 AMI 组 β Fg 基因 nt-455 各等位基因型实际频率分布分别是 AA 型为 0.05,GA 型为 0.425,GG 型为 0.525。其中 A 等位基因频率为 0.263,G 等位基因频率为

0.737。对照组 β Fg 基因-455 位点各等位基因型实际频率分布为 AA 型为 0.025,GA 型为 0.175,GG 型为 0.800。其中 A 等位基因频率为 0.125,G 等位基因频率为 0.875。我省汉族人群的 β Fg 基因-455 位点各等位基因型的遗传特征与国内其它地区(如广东省、天津市等)有差异。卡方检验发现两组间基因型及等位基因分布均有显著性差异。AMI 组携带 AA 基因型及 GA 基因型者多于对照组。本文认为安徽地区汉族人群-455A 等位基因携带者可能是 AMI 发病的一个遗传性危险因素。 β Fg 基因-455AA 及 GA 基因型携带者相对于 β Fg 基因-455GG 基因型携带者,对 AMI 发病的优势比为 5.3984。但-455A 等位基因型影响 AMI 发病的确切机制尚不明确。相关分析发现 Fg-455A 等位基因频率与血浆 Fg 水平呈正相关。可能的机制是-455A 等位基因型通过影响 Fg 基因的转录和表达,导致血浆 Fg 浓度异常变化,影响动脉粥样硬化的发生发展过程及血栓形成过程,从而影响了 AMI 的发病。

参考文献

- 1 Johanna G, Moniek PM, Michiel L, et al. Elevated plasma fibrinogen. Arterioscl Thromb Vasc Biol, 1998,18:621-625.
- 2 Weng X, Cloutier G, Genest J, et al. Contribution of the -455G/A polymorphism at the beta-fibrinogen gene to erythrocyte aggregation in patients with coronary artery disease. Thromb Haemost, 1999,82:1406-1411.
- 3 Garcia RM, Gonzalez LD, Hernandez ER, et al. Polymorphism of the glycoprotein III a gene in patients with coronary stenosis. Thromb Haemost, 1998,79:1126-1129.
- 4 Fellows AP, Brennan SO, George PM, et al. Identification and characterization of five new fibrinogen gene polymorphisms. Ann NY Acad Sci, 2001,936:536-541.
- 5 Menegatti M, Asselta R, Duga S, et al. Identification of four novel polymorphisms in the Aalpha and gamma fibrinogen genes and analysis of association with plasma levels of the protein. Thromb Res, 2001,103:299-307.