

文章编号:1005-6947(2006)03-0214-04

· 临床研究 ·

胆道手术中副肝管损伤的防治体会:附26例报告

孔凡民¹, 李航宇², 李昱骥¹, 周建平¹, 董明¹, 郭克建¹, 郭仁宣¹, 田雨霖¹

(中国医科大学 1. 附属第一医院 普通外科, 辽宁 沈阳 110001; 2. 附属第二医院 普通外科, 辽宁 沈阳 110003)

摘要:目的 总结胆道手术中防治副肝管损伤的经验。方法 回顾分析近10年间发现的26例副肝管病例资料。结果 26例病例中I型10例,占38.5%,均被切断、结扎,术后无胆汁漏、胆系感染或梗黄发生;II型7例,占26.9%,损伤3例,经相应处理,未发生并发症;III型6例,占23.1%,损伤2例,1例术后发生胆漏,经再次手术治愈。IV型2例,占7.7%,2例均得以保护,未损伤。V型1例,占3.8%,术前得以确诊,未损伤。结论 为防止副肝管损伤,应加强术前、术中副肝管诊断,尤其是术中胆道造影。不同类型副肝管损伤,处理上应分别对待。对于I型胆囊胆管可切断结扎,II型汇入胆囊管的副肝管应尽量保护,如损伤,根据管径大小,采取不同处理方法。III型、IV型副肝管均应保护,防止损伤,如损伤,采用修补或内引流术,防止术后发生严重并发症。

关键词:胆道外科手术/副作用;肝管,副/损伤

中图分类号:R657.4;R322.47

文献标识码:A

Prevention and treatment of accessory hepatic duct injury during biliary operation: a report of 26 cases

KONG Fan-min¹, LI Hang-yu², LI Yu-ji¹, ZHOU Jian-ping¹, DONG Ming¹,
GUO Ke-jian¹, GUO Ren-xuan¹, TIAN Yu-lin¹

(1. Department of General Surgery, the First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110001, China; 2. Department of General Surgery, the Second Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110003, China)

Abstract: Objective To summarize our experience in the prevention and treatment of accessory hepatic duct injury during operation on biliary tract. **Methods** The clinical data of 26 cases with accessory hepatic duct were retrospectively reviewed. **Results** Of 26 cases, the accessory hepatic duct were type I in 38.5% (10/26), and no complications including bile leakage, biliary infection and obstructive jaundice developed after division and ligation of the accessory hepatic duct; 26.9% (7/26) were type II, among which, the accessory hepatic duct were injured in 3 cases, but no case developed complications after relevant treatment; 23.0% (6/26) were type III, among which, injury of accessory bile duct occurred in 2 cases. Of them, 1 case developed bile leakage and was cured by re-operation. 7.7% (2/26) were type IV and 3.9% (1/26) was type V. The cases of type IV and V were not damaged. **Conclusions** To prevent injury of accessory hepatic duct, pre- and intra-operation identification of the condition is very important, and especially by intraoperative cholangiography. Different types of accessory hepatic duct injury should be treated by different approaches. Accessory hepatic duct of type I might be cut and ligated. Type II accessory bile duct which enters the cystic duct and should be protected, but, if damaged, different methods of treatment are used, depending on the caliber of accessory hepatic duct. Type III and IV also should be protected, but, when damaged, the accessory hepatic duct should be repaired or performed an internal draining.

Key words: Biliary Operation/adv eff; Hepatic Duct, Accessory/inj

CLC number: R657.4; R322.47

Document code: A

收稿日期:2005-07-13; 修订日期:2005-08-11。

作者简介:孔凡民,男,辽宁庄河人,中国医科大学附属第一医院副教授,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:孔凡民 电话:024-23256666-6237; E-mail: kong_fanmin@yahoo.com.cn。

副肝管是指除左、右肝管之外从肝实质再发出第三支或第四支肝管,并在肝十二指肠韧带内与肝外胆道的不同部位汇合的肝管。它是肝内外胆道中最复杂且较常见的解剖变异之一,在胆道手术中极易误伤,误伤后处理不当,可导致严重后果。笔者对1994年7月—2004年7月,在诊治胆道疾病时发现26例副肝管患者的临床资料进行回顾性分析,以探讨胆道手术中防治副肝管损伤的经验体会。

1 临床资料

本组男15例,女11例;年龄18~83(平均53.6)岁。原发病:胆囊结石13例,胆囊结石伴胆管结石7例,胆管结石5例,胆囊息肉1例。26例中术前发现9例(经PTC发现1例、经ERCP发现8例)。术中发现17例(胆道造影发现10例,术中胆囊摘除时发现7例)(图1)。

a:术中胆道造影显示副肝管II型(右侧副肝管汇入胆囊管);b:MRCP显示副肝管III型(右侧副肝管汇入肝总管);c:MRCP显示副肝管IV型(右侧副肝管汇入胆总管);d:术中胆道造影显示副肝管V型(左侧副肝管汇入胆总管);e:副肝管损伤,行副肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术后胆道造影

图1 胆道造影副肝管显影

2 结果

根据国内、外分类方法^[1-2],按副肝管汇入部位及方向,将26例副肝管分为5种类型(图2)。I型:右侧副肝管汇入胆囊底或体部,即胆囊胆管,其特点为副肝管管径细小,直径一般小于2mm。共10例,占38.5%,均切断、结扎,术后无胆汁漏、胆系感染或梗黄发生。II型:右侧副肝管汇入胆囊管,其特点为副肝管较细,共7例,占26.9%;损伤3例,其中2例管径较细,结扎,另外1例管径较粗,直径4mm,经修补、内置细硅胶管支架引流,6个月后拔除,预后良,无胆道感染及狭窄。

III型:右侧副肝管汇入肝总管,其特点为副肝管较粗,直径一般大于3mm。共6例,占23.1%。损伤2例,1例术中发现,立即修补,内置支架引流管;1例术后发生胆汁漏、腹膜炎,二次手术发现副肝管横断,行副肝管空肠 Roux-en-Y 吻合,术后恢复良好。IV型:右侧副肝管汇入胆总管,其特点为副肝管粗大。共2例,占7.7%,2例均得以保护,未损伤。V型:左侧副肝管汇入肝总管或胆总管,1例,占3.8%,术前得以确诊,未损伤。本组26例病人随访1年,均恢复良好,无胆系感染、胆管梗阻等并发症发生。

I型:右侧副肝管汇入胆囊底或体部,即胆囊胆管;II型:右侧副肝管汇入胆囊管;III型:右侧副肝管汇入肝总管;IV型:右侧副肝管汇入胆总管;V型:左侧副肝管汇入肝总管或胆总管

图2 副肝管分型示意图

3 讨论

副肝管包括狭义副肝管和广义副肝管两个概念。狭义副肝管是指肝脏的某一叶或某一段肝管低位与肝外胆管汇合时,肝外部分的叶或段肝管称为副肝管。它是肝内胆管树的一部分,独自引流肝脏某一叶或一段的胆汁,与其它肝内胆管无吻合,若被结扎,可导致相应肝叶或肝段胆管梗阻,引起肝纤维化、肝萎缩,甚至胆汁性肝硬化,也可因反复感染,形成局限性肝脓肿。广义副肝管除包括上述副肝管外,还包括迷走胆管和 Luschka 管。胆囊床下肝管在胚胎期被称为 Luschka 管,该管系在发育过程中,胆囊窝处肝组织萎缩后遗留下的肝内胆管。该管起自胆囊窝处的浅层肝组织,一般与右肝管或肝总管连接。本组 26 例副肝管,其中 16 例为狭义副肝管,即 II ~ V 型;I 型胆囊胆管 10 例,即 Luschka 管。副肝管并非少见,右副肝管的出现率为 10% ~ 20%,左副肝管的出现率为 0.5% ~ 2.5%,且 90% 以上的副肝管位于胆囊三角内,常开口于肝总管,其次为右肝管和胆囊管。左侧副肝管不进入胆囊三角,多从左侧汇入胆总管^[3]。蔡德亨等^[4]在 200 例尸体解剖中发现 8.5% 存有副肝管,在发现的 16 条副肝管中,15 条在胆囊三角内,占全部副肝管的 93.8%,同时发现,副肝管均与引流区肝脏的动脉或胆囊动脉紧密相邻;有的副肝管起始段被胆囊覆盖,有的与胆囊管紧密并行,有的则在胆囊管深处与其交叉。副肝管的这些局部解剖特点决定了胆道手术,尤其是胆囊切除术时容易造成其损伤,导致严重并发症。为了避免副肝管损伤,笔者认为应该强调术前诊断副肝管存在的重要性,特别是施行 PTC 或 ERCP 在术前确诊上有重要意义^[5]。但 PTC 虽能精确显示肝内外胆道的解剖和变异,但其创伤大,并发症多,不宜常规应用。随着 ERCP 的普及、发展,ERCP 已成为术前诊断副肝管最常用和最主要方法。本组术前发现的 9 例副肝管中有 8 例为 ERCP 所确诊。但由于 PTC 及 ERCP,对于一些单纯的胆囊结石患者,似乎没有全部施行的必要,Merrie 等^[6]统计 ERCP 在 LC 围手术期的应用仅占 6%。所以笔者更强调术中诊断副肝管存在的重要性。手术中发现条索或管状组织,怀疑副肝管存在时,应施行术中胆道造影。通过术中胆道造影,不仅有助于疾病的诊断,并且能够精确显示肝内外胆道的解剖和变异,发现副肝管的来源、走

向、汇合部位,对防治副肝管损伤有重要意义^[7,8]。本组术中胆道造影发现副肝管 10 例,其中 3 例为术中发生副肝管损伤后,经胆道造影确诊,得到及时处理;1 例术中发生胆道损伤,但未及时发现,也未行术中胆道造影,术后出现胆汁漏、腹膜炎,二次开腹手术,经术中胆道造影确诊。可见术中胆道造影在胆道手术中的重要性。

对于术前、术中确诊的副肝管的处理应遵循以下原则:(1)对于汇入肝总管、胆总管的 III,IV 型右侧副肝管,其管径比较粗,常大于 3 mm,独自引流肝脏右叶的某一段,常引流右后段的胆汁,如将其切断、结扎,或损伤后结扎,必然导致相应肝段胆管梗阻、胆系感染、局限肝脓肿、局限性胆汁性肝硬化等严重并发症。如发现其损伤,应行修补或内引流术,胆管内置支撑引流管。本组有 2 例 III 型副肝管损伤,其中 1 例副肝管部分损伤,行修补术;另 1 例副肝管横断伤,行副肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术,胆管内置支撑引流管,6 个月后拔除。2 例均恢复良好,无胆道狭窄。(2)对于汇入胆囊管的 II 型副肝管,术中应尽量保护。如损伤,对直径大于 3 mm 者,行副肝管修补或副肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术。对其直径小于 2 mm 者,可直接切断结扎,一般无不良后果。但在决定作此处理前,必须行术中胆道造影,确认主要肝管的完整和通畅。本组有 3 例 II 型副肝管损伤,其中 2 例副肝管直径小于 2 mm,经术中胆道造影确认其他主要胆管完整、通畅,且副肝管引流区域较小,故将其切断结扎。1 例副肝管直径大于 3 mm,将其修补,术后均恢复良好。(3)对于汇入胆囊底或体的 I 型副肝管,即胆囊胆管,因其管径较细,直径小于 2 mm,且胆囊胆管一般与右肝管或肝总管连接,损伤后漏胆量通常少于 250 mL/d,如充分引流,一般不会造成严重后果^[9]。因此对于胆囊胆管,术中发现,可切断、结扎,防止术后胆漏发生。如术中未能确切结扎,术后出现胆漏,只要能够通畅引流,均可愈合。本组 10 例胆囊胆管,术中均切断、结扎,术后恢复良。

参考文献:

- [1] 龚建平,周永碧,韩本立.副肝管的识别及其在预防胆管损伤中的作用[J].世界华人消化杂志,1999,12(7):1099-1100.
- [2] Kimura H, Ishida H, Konno K, *et al.* Accessory hepatic duct: sonographic findings[J]. *Abdom Imaging*, 2002, 27(3):329-332.

- [3] 黄志强.胆系疾病[A].见:吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].第6版,北京:人民卫生出版社,2000,1257-1260.
- [4] 蔡德亨,袁风娣.肝外胆道系的解剖和临床意义[J].中华外科杂志,1988,26:523.
- [5] Mortelet KJ, Ros PR. Anatomic variants of the biliary tree: MR cholangiographic findings and clinical applications[J]. Am J Roentgenol, 2001,177(2):389-394.
- [6] Merrie AE, Both MW, Shah A, et al. Bile duct imaging and injury: a regional audit of laparoscopic cholecystectomy[J]. Aust NZ J Surg, 1997,67(2):706-711.
- [7] Choi JW, Kim TK, Kim KW, et al. Anatomic variation in intrahepatic bile ducts: an analysis of intraoperative cholangiograms in 300 consecutive donors for living donor liver transplantation[J]. Korean J Radiol, 2003,4(2):85-90.
- [8] 陈炯,徐荣楠,虞德才.胆囊切除术中胆道造影的价值[J].中华普通外科杂志,2003,18(4):219-221.
- [9] 舒晔,周总光,杜景平.腹腔镜胆囊切除术细小胆管损伤的诊断与处理(附13例报告)[J].中国实用外科杂志,2001,21(2):98-99.

文章编号:1005-6947(2006)03-0217-01

· 病例报告 ·

腹腔内促纤维增生性小圆细胞肿瘤2例

安大玖¹, 陈福真², 曲兴龙¹, 陈新平¹, 郁瑾瑜¹

(1.上海博爱医院 普通外科,上海 200031; 2.复旦大学附属中山医院 外科,上海 200032)

关键词:肿瘤,纤维组织;腹腔;病例报告

中图分类号:R656

文献标识码:D

1 病例报告

例1 男,21岁。因腹胀进行加重2个月入院。体查:轻度贫血貌。心肺(-)。腹膨隆,中下腹可及多发性肿块,大小约7cm×8cm~15cm×12cm,质硬,边界欠清。指检可触及盆底肿块。CT示腹盆腔多发实质性不均肿块,右侧输尿管扩张达19mm。诊断为腹盆腔内多发实质不均质肿块。于2005年3月24日行剖腹探查术。术中见腹盆腔多发肿瘤,直径0.5cm至15cm不等。浸润乙状结肠及双侧输尿管伴腹水。行减瘤术。术后病理报告:腹腔促纤维增生性小圆细胞肿瘤。免疫组化示CD117(+);Vim(+);NES(+/-)。

例2 男,40岁。体检时发现腹腔肿块入院。无自觉不适症状。体查:一般情况好。心肺(-)。腹膨隆,中上腹可及30cm×20cm肿块,边界清,能推动。直肠指检可触及盆底肿块。CT示中上腹及盆腔多个软组织密度肿块,部分肿块实质内片状低密度坏死区和店状钙化灶,肝内见多发大小不一圆形低密度影,伴牛眼征。CA125为69.05U/mL。诊断为腹盆腔恶性肿瘤伴肝内多发性转移。于2005年4月4日行剖

腹探查术,术中见肝脏多发肿瘤,大网膜、腹壁、盆腔安置化疗泵。术后病理诊断:腹腔内促纤维增生性小圆细胞肿瘤。免疫组化示CK(+);Vim(+);SMA(+);EMA(-)。术后辅助化疗,采用5-FU(500mg/m²,静脉注射,第1~5天),奥沙利铂(100mg/m²,静脉注射,第1天),羟基喜树碱(6mg/m²,静脉注射,第1~5天),休息两周。再行腹腔化疗,采用5-FU(500mg/m²),丝裂霉素(MMC4mg/m²),顺铂(DDP40mg/m²),干扰素(300万IU)。2周后重复上述联合化疗方案。化疗后2个月复查CT,发现肝脏及腹盆腔肿瘤明显缩小,肿瘤数目减少。

2 讨论

腹腔内纤维组织增生性小细胞肿瘤(Introabdominal desmoplastic small cell tumor, IADSCT)为一高度恶性的肿瘤,最早由Gerald于1989年报道。好发于青少年患者,常见于男性。早期无自觉症状,随肿瘤发展,多以腹腔内出现单个或多发肿块为特征,可出现泌尿道梗阻、肠梗阻、腹胀体重减轻等临床表现。肿瘤多局限于盆腔,但有时可以扩展至整个腹腔、阴囊和/或腹膜后。发现时多晚为晚期,通常腹部可扪及腹块并伴有腹水。B超或CT只能出现肿块,但不能明确性质,最后确诊乃依据病理检查。大体标本可见肿瘤质硬,大小不一,呈斑块状回球形。腹

腔内器官侵犯常限于浆膜,然后可见伴有明显肝、胰及卵巢侵犯的病例的报道。镜下可见肿瘤细胞被富于细胞的间质分割成界限清楚的细胞巢,肿瘤细胞单一,呈小圆形,核深染,核分裂活跃,胞浆稀少,其中一些细胞呈横纹肌样外观。肿瘤间质主要由纤维母细胞组成,也可以含有增生的血管,有时呈分叶状结构。CA125在肿瘤中可有显著的阳性表达,但不能作为诊断的主要依据。这种肿瘤的免疫组化染色具有特征性,可同时显示上皮的角蛋白、上皮膜抗原、肌肉的结蛋白以及神经的神经元特异性烯化酶(NSE)表达。角蛋白呈弥漫性胞浆染色,而结蛋白则呈局灶性分布。IADSCT有独特的核型异常,相互易位t(11;22)(p13;q12)。受累的基因是22q12中的EWS和11p13中的WT1(Wilms瘤基因1)。这个异常的发现对于与儿童其他小圆细胞肿瘤的鉴别有实际意义。IADSCT的特殊分布还提示了它与间皮细胞的关系,并认为它可能是“间皮母细胞瘤(mesothelioblastoma)”。IADSCT的行为可能比婴儿的其他任何恶性小圆细胞肿瘤更凶险,多数患者死于最初诊断后的2年之内。本组例2行减瘤术其中1例术后,行静脉及腹腔联合化疗,2个月后CT随访发现肝脏及腹盆腔肿瘤明显缩小,肿瘤数目减少。提示可能化疗对部分病例有效,因此作者认为治疗上可采用手术减瘤辅以化疗。

收稿日期:2005-08-15。

作者简介:安大玖,男,安徽庐江人,上海博爱医院主治医师,主要从事肿瘤、胃肠外科方面的研究。

通讯作者:安大玖 E-mail:andajiu@hotmail.com。