

文章编号:1005-6947(2007)02-0154-04

· 临床研究 ·

# 肝外型右肝管变异与医源性胆管损伤

陈梅福, 吴金术, 成伟, 李灼日

(湖南省人民医院 肝胆外科, 湖南 长沙 410005)

**摘要:**目的 探讨合并有肝外型右肝管变异者行胆囊切除时易致医源性胆管损伤的危险因素及防治方法。方法 回顾性分析15年来收治的25例合并有肝外型右肝管变异、行胆囊切除时所致的医源性胆管损伤者的临床资料。结果 损伤原因主要是将右肝后叶胆管误认为是胆囊管而一并切除, 损伤部位以II类多见。结论 提高对肝外型右肝管变异的胆管异常解剖结构的认识及胆囊切除时遵循“辨-切-辨”三字原则, 是预防医源性胆管损伤的关键。损伤后的诊断时间与损伤类型及手术方式的正确选择是提高治疗效果的重要因素。 [中国普通外科杂志, 2007, 16(2):154-157]

**关键词:**胆管/损伤; 胆管, 肝外/畸形; 医源性疾病; 胆囊切除术/副作用

中图分类号:R657.4 文献标识码:A

## Extrahepatic aberrance of right hepatic duct and iatrogenic bile duct injury

CHEN Mei-fu, WU Jin-shu, CHENG Wei, LI Zhuo-ri

(Department of Hepatobiliary Surgery, Hunan Provincial People's Hospital Changsha, 410005 China)

**Abstract: Objective** To investigate the risk factors and methods for prevention and treatment of iatrogenic bile duct injury caused by cholecystectomy in patients with extrahepatic aberrance of right hepatic duct.

**Methods** The clinical data of 25 patients with extrahepatic aberrance of right hepatic duct and iatrogenic bile duct injury during cholecystectomy treated in our hospital from March, 1990 to June, 2005 were retrospectively analyzed. **Results** The bile duct of right posterior lobe was erroneously regarded as the cystic duct and resection was the major reason for its injury. The major injury type was class II. **Conclusions** A heightened awareness of abnormal bile duct anatomy such as extrahepatic aberrance of right hepatic duct and following the principle of "identification-cut-identification" during cholecystectomy is important for prevention of iatrogenic bile duct injury. Important factors in improving the therapeutic outcome of bile duct injury are the time when diagnosis of the injury was made, the type of the injury and the correct selection of surgical procedure. [Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(2):154-157]

**Key words:** Bile Ducts/inj; Bile Ducts, Extrahepatic/abnorm; Iatrogenic Disease; Cholecystectomy/adv eff

**CLC number:** R657.4 **Document code:** A

右肝管变异的主要表现为右肝前叶胆管与右肝后叶胆管的分离, 即右肝管缺如。如分离的右肝后叶胆管是在肝外再汇入肝总管时, 称为肝外型右肝管变异。在做胆囊切除时易致医源性胆管损伤<sup>[1]</sup>。1990年3月—2005年6月, 我科收治胆囊切除致医源性胆管损伤186例<sup>[1]</sup>, 其中合并有肝

外型右肝管变异的有25例, 占全组的13.44%。本文回顾性分析其发生原因和损伤类型, 并就其防治方法进行探讨。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

全组男10例, 女15例; 平均年龄48.6(28-65)岁。原发疾病: 结石性胆囊炎23例, 胆囊息肉样变2例。行腹腔镜下胆囊切除(LC)21例, 开腹胆囊切除(OC)4例。14例在术中及时发现医源性胆管损伤,

收稿日期:2006-06-26; 修订日期:2006-12-26。

作者简介:陈梅福, 男, 湖南安仁人, 湖南省人民医院肝胆外科主任医师, 主要从事肝胆胰外科基础与临床方面的研究。

通讯作者:陈梅福 E-mail:97240\_cw@163.com

3例因胆汁性腹膜炎行再次剖腹探查时确诊,8例是术后1~6个月因黄疸、腹胀、B超发现异常行MRCP或PTC确诊。医源性胆管损伤后已行再次手术的次数(不包括胆囊切除术):1次者6例,2次者1例。既往手术方式:行穿孔处单纯修补的1例次,右肝后叶胆管内单纯置管引流1例次,右肝后叶胆管、副肝总管端-端吻合、T管支撑引流3例次(术后T管均在2~5个月拔除),胆肠内引流3例次。所有病例均于术中证实为右肝管缺如、右后叶胆管肝外汇入肝总管。

## 1.2 损伤分类

我院将合并有肝外型右肝管变异时的医源性胆管损伤分为4类(表1)(图1)。

本组I类2例,II类15例,III类4例,IV类4例



图1 4类肝外型右肝管变异时医源性胆管损伤示意图

## 1.3 再次手术的术中发现及手术方式

全组病例均经手术治疗。I类损伤2例,其中1例术中及时发现,仅以普通圆针细线修补局部;另1例术后第3天因胆汁性腹膜炎,再次入腹,以5-0无损伤血管缝线修补,12号T管置入作支撑引流。II类损伤15例,其中已接受过手术治疗的6例,包括因胆汁性腹膜炎已行右后叶胆管置管引流的1例,要求再次手术入院;3例已行胆管端端吻合加T管支撑引流,2例已行胆肠内引流术,该5例均于术后2~5个月拔除T管,拔T管后1~3个月又出现梗阻性黄疸。II类损伤的15例中,9例行右后叶胆管-副肝总管端端吻合、T管支撑引流(其中有2例加用了肝圆韧带修复胆管);2例将原狭窄的吻合口切开成形加肝圆韧带修复及T管支撑引流;4例行肝胆管盆式Roux-en-Y内引流、T管支撑引流。III、IV类损伤8例(有1例已行胆肠内引流术),均因术后出现梗阻性黄疸,经MRCP或PTC确诊。这8例均行肝胆管盆式Roux-en-Y内引流术加T管支撑引流术。

(表1)。I、II类损伤多为术者在术中将副肝总管<sup>[2]</sup>误认为是肝总管,“放心”切除胆囊而损伤右后叶胆管,或将右后叶胆管误认为胆囊管一并切除。III、IV类损伤多为术者在术中未辨清肝总管与右肝后叶胆管,而将副肝总管右后叶胆管和胆囊管一并切除。

表1 损伤的分类(n.%)

分型	例次(%)
I类:右肝后叶胆管穿孔、撕裂	2(8.0)
II类:右肝后叶胆管部分被切除	15(60.0)
III类:肝总管和胆总管部分被切除	4(16.0)
IV类:肝总管、胆总管 及右肝后叶胆管部分被切除	4(16.0)

## 2 结果

### 2.1 手术后并发症

本组无手术死亡。术后出现少量胆漏的3例,未发生胆汁性腹膜炎,经保持引流管通畅等治疗,分别于术后8~15d胆漏自行消失;1例有肝下间隙的膈下感染,术后第3天从腹腔引流管内流出脓性分泌液,有5例术后出现大量腹水,均经保守治疗而痊愈;3例出现切口脂肪液化,其中1例作了二期缝合,2例非手术治疗治愈。

### 2.2 随访

全组病例均带T管出院,拔管时间在术后9~13个月。23例获得随访,随访率92.0%,平均随访时间3.6年(6个月至8年)。按我科制定的分级标准(优为患者黄疸消退,肝功能恢复,无自觉症状;良为患者黄疸消退,肝功能恢复,但间常有轻微腹痛和畏寒发热等反流性胆管炎表现者;差为术后症状无改善,肝功能继续恶化者),本组总效果优良率为:95.65%(22/23)。其中19例术后2年以上的患者,效果优良率为94.74%(18/19),仅1例医源性胆管损伤后出现

毛细胆管炎,胆汁性肝硬化、门静脉高压症患者,已行胆肠 Roux-en-Y 吻合,术后第2年又出现黄疸、反复胆管炎,再次手术证实为吻合口狭窄,行肝胆管盆式内引流术,再随访5年,效果满意。

### 3 讨论

胆囊切除致医源性胆管损伤是胆道手术的灾难性并发症,LC 发生率更高,约为 OC 的 8~12 倍。随着 LC 的普及,胆囊切除致医源性胆管损伤呈上升趋势<sup>[3-4]</sup>。其关键的原因是忽视了胆管变异的存在,且未遵循“辨-切-辨”三字原则<sup>[5-6]</sup>。

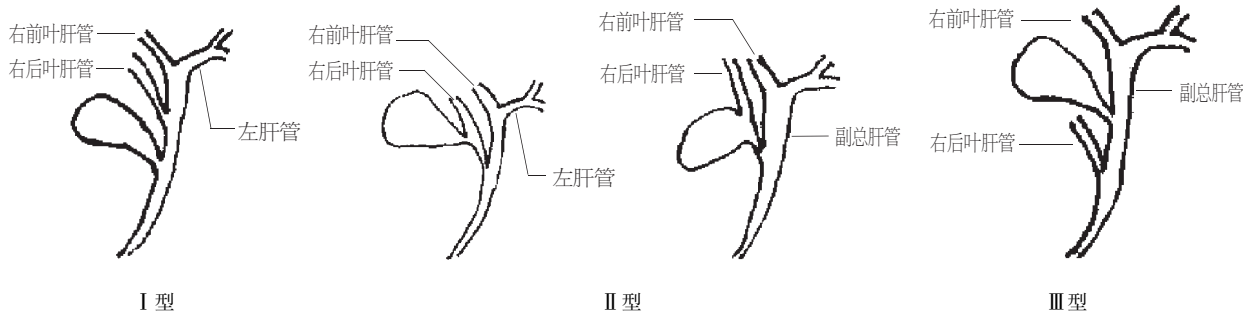


图2 肝外型右肝管变异的分型

缺乏对肝外型右肝管变异的认识,且未遵循“辨-切-辨”三字原则是胆囊切除术损伤肝外胆管的主要原因。为避免肝外型右肝管变异情况下的医源性胆管损伤,首先应增加对胆道变异时胆管异常解剖结构特点的认识,行胆囊切除时高度警惕肝外型右肝管变异的存在。其次认真执行“辨-切-辨”三字原则。行 LC 时,应先紧贴胆囊管、胆囊壶腹打开胆囊三角,遇有胆囊壶腹有异常管道者,不要先断胆囊管,而要选择逆行剥开胆囊床直至胆囊管,并仔细辨认异常的管道。如仍不能确定管道关系,或胆囊三角因冰冻样粘连、不易解开时,可先切开胆总管,向内置入金属探条,探明各种胆道关系后可安全地切断胆囊管。必要时中转手术。

合并肝外型右肝管变异的医源性胆道损伤的手术方式的选择与发现损伤的时期、损伤的类型有关。(1)术中发现或术后早期发现者, I 类损伤宜以 5-0 无损伤缝线修补,内用 12 号 T 管或输尿管导管支撑引流; II 类损伤则作右肝后叶胆管与副肝总管端端吻合,内置导管支撑引流,如有缺损,可用肝圆韧带修复,配合使用创面封闭胶; III 类损伤作肝总管-胆总管端-端吻合置

约 46.7% 的人存在胆管变异<sup>[5]</sup>,最易导致医源性胆道损伤的胆管变异类型是肝外型右肝管变异,即右肝前叶胆管与左肝管汇合形成“副肝总管 (PHCD)”,右肝后叶胆管肝外与副肝总管汇合形成肝总管。我院通过对 200 多例肝外型右肝管变异的观察,将其分为 3 个类型,即 I 型:胆囊管开口在胆总管上,右后叶胆管在胆囊管开口近端汇入副肝总管。II 型:胆囊开口于右后叶胆管上或右后叶胆管开口胆囊颈部。III 型:胆囊开口于副肝总管上,右肝后叶胆管在胆囊管开口远端汇入胆总管(图 2)。其中以 II 型最为多见(约 40%)。

T 管支持引流,如有缺损,可用肝圆韧带修复; IV 类损伤主要作肝胆管盆式 Roux-en-Y 吻合术为主。(2)手术后期因损伤部位以上的胆管已有扩张,宜以肝胆管盆式 Roux-en-Y 内引流术为主。对既往已行胆管端端吻合再次狭窄者,因其狭窄部位以上均有扩张,可行狭窄处切开成形,然后用肝圆韧带修复,内置 T 管支撑引流。

医源性胆管损伤的修复术是一项复杂而精细的手术,要求术者熟悉胆道的解剖,尤其是对胆道变异时的胆道解剖,应具有十分丰富的经验和灵巧精准的手术技术。宜采用微创外科的修复技术及使用无损伤的缝合材料,具体的做法是(1)先剪除胆管损伤处的胆管壁灼伤、坏死组织;(2)无论是修补还是吻合均采用 5-0 无损伤缝线;(3)支撑引流管应通过损伤口或吻合口,支撑管选用 12 号 T 管或输尿管导管,拔管时间建议在术后 9~13 个月;(4)胆肠吻合口建议一层外翻缝合,保持吻合口内壁光滑,线结均打在腔外,避免结石的形成。此类手术最好在有经验的专科医院或在相关专家的指导下完成。如果是在基层医院发生的损伤或术者的技术水平不能胜任复杂的胆道修复和重建手术,则不要勉强进

行,可单纯置管引流,待以后再次手术。否则手术一旦失败将增加以后再手术处理的难度<sup>[7]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] 李树吉,张秀云. 医源性胆管损伤的预防与治疗(国内文献综述)[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(8):608-610.
- [2] 吴金术,毛先海,杨尽晖,等. 右肝管缺如与医源性胆道损伤[J]. 中华肝胆外科杂志,2003,9(12):733-735.
- [3] 黄志强. 医源性胆管损伤. 老问题、新意义[J]. 中国实

用外科杂志,1999,19(8):451-454.

- [4] 杨甲梅. 胆囊切除术与胆管损伤[J]. 中国实用外科杂志,1999;19(8):454-456.
- [5] 吴金术,毛先海,廖春红,等. 101例医源性胆管损伤的临床分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,7(10):606-608.
- [6] 吴金术,毛先海,廖春红,等. 医源性胆道损伤的处理[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(1):42-45.
- [7] 石景森. 术中胆道损伤面临的问题及早期处理[J]. 中华肝胆外科杂志,2002,8(6):333-334.

文章编号:1005-6947(2007)02-0157-01

## · 病案报告 ·

# 误诊为溃疡性结肠炎癌变的艾滋病患者 1 例

李朝晖, 杨昌平

(解放军第三二二医院 普通外科,山西 大同 037006)

**关键词:** 获得性免疫缺陷综合征; 误诊; 病例报告

**中图分类号:** R593.9 **文献标识码:** D

**患者** 女,36岁。于2005年6月12日入我院消化内科。2005年4月曾因腹痛、腹泻于我院诊断为“溃疡性结肠炎”,经治疗后症状缓解。6月以来,腹痛加重,以脐周及左侧腹部明显,解黄色黏液便6~7次/d,纳差、乏力,伴发热,体温在38℃左右。体查:全身皮肤色暗,少光泽,脱水貌;腹部平,上腹部压痛,以脐上明显,无反跳痛及肌紧张,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃。白细胞 $5.2 \times 10^9/L$ 。中性0.80;红细胞 $2.97 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白94g/L,血小板 $139 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白34mg/L,补体C30.6g/L。肠镜检查示:横结肠、升结肠近肝曲黏膜充血、糜烂可

见溃疡形成,表面附炎性渗出物。病理报告:黏膜慢性炎症伴溃疡形成。诊断:溃疡性结肠炎。多次远程会诊,意见按溃疡性结肠炎治疗。足量全疗程治疗,症状无缓解。再次复查肠镜:病理回报示可疑黏液腺癌。家属要求手术治疗,转入我科。入科后常规HIV初筛试验阳性,再次复查仍为阳性,追问即往病史:家庭住址河南焦作市,有献血史。最后经山西省中心试验室确诊为艾滋病。患者自行离院。

**讨论** HIV感染后结直肠的表现较为常见,其结直肠部位免疫及病理生理特征为:(1)HIV病毒不断损伤肠道黏膜表面的T细胞;(2)可以直接损害胃肠道细胞本身。以此为基础出现肠道疾病表现:首先表现为结肠炎,并逐步加重;其次,明显的溃疡样感染特别是巨细胞病毒感染可以导致弥漫性结肠炎穿孔;第三,多种恶性疾病,Kaposi肉瘤和非霍奇金淋巴瘤;第四,淋巴结病本身就可以导

致严重的腹痛和内脏粘连;第五,巨细胞病毒感染,结肠是胃肠道主要受累部位,巨细胞病毒感染可以使从口到肛门的整个胃肠道发生溃疡,但主要是回肠结肠炎。30%病人主诉发热或体重下降伴腹泻,随着病毒的进展,明显的溃疡、中毒性巨结肠、出血和穿孔均可发生。HIV感染者腹泻的原因:(1)HIV感染可以造成肠绒毛结构的轻微变化,从而导致碳水化物的吸收不良;(2)外来抗原活化细胞因子造成的肠壁黏膜通透性增加和小肠细菌过度增殖可以导致腹泻;(3)明确病因的腹泻中最常见病原体是原虫隐孢子菌和小孢子菌。本病治疗以抗病毒为主;因HIV感染的结直肠需急诊行肠切除的,术后第1天病死率为28%,1个月为71%,6个月为86%。目前AIDS感染者呈逐渐上升趋势,作为临床外科医生对此病的结直肠表现应有高度的警惕性,以免误诊漏诊。

**收稿日期:**2006-12-18。

**作者简介:**李朝晖,男,山西大同人,解放军第三二二医院主治医师,主要从事胃肠道外科方面的研究。

**通讯作者:**李朝晖 电话:0352-5385266(O)。