



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2024.08.005
http://dx.doi.org/10.7659/j.issn.1005-6947.2024.08.005
China Journal of General Surgery, 2024, 33(8):1240-1250.

· 专题研究 ·

肝圆韧带浆膜面在胆道修补中的应用

徐国辉¹, 黄国荣², 蔡联明³, 王德进², 汪志平⁴, 许岩⁴, 聂乐乐⁴, 邓彬⁵, 钟世洪⁵, 陈锦华⁶,
张长和⁷, 陈曦⁷, 姜家宝⁷, 魏小勇¹, 李小军¹, 饶荣生¹, 周存才¹

(1. 江西省肿瘤医院/江西省肿瘤研究所/南昌医学院第二附属医院 肝胆外科, 江西 南昌 330029; 2. 江西省德兴市人民医院 外科, 江西 德兴 334200; 3. 江西省赣州市肿瘤医院 外科, 江西 赣州 341005; 4. 江西省抚州市人民医院 肝胆外科, 江西 抚州 344000; 5. 江西省万载县人民医院 外科, 江西 万载 336100; 南京医科大学附属泰州人民医院 6. 影像科 7. 肝胆外科, 江苏 泰州 225300)

摘要

背景与目的: 肝胆外科手术中可因各种原因发生胆管损伤、胆管缺损, 如缺损较小可以直接行缝合修补, 如缺损较大则往往需要行胆管对端吻合或胆肠Y吻合, 后两种手术方式比较复杂, 而且胆管对端吻合有可能由于吻合口的张力及血供问题出现胆汁漏、胆管狭窄, 而胆肠吻合则改变了正常生理通道, 并发症也较多, 因此有必要寻求更为安全、有效、简便的胆管修补方法。本研究探讨肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损的临床效果及其应用价值。

方法: 回顾性分析2008年5月—2023年3月6家医院13例采用肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损患者的临床资料。

结果: 13例患者中男性3例, 女性10例; 年龄40~68岁, 平均55.6岁; 胆囊结石2例、胃癌1例、胆管炎性狭窄4例、肝左内叶肝细胞癌2例、其他恶性肿瘤4例。术后有6例(46.2%)患者发生胆汁漏, 经胆管引流及腹腔引流5例患者于术后7~27 d停止, 1例患者于术后56 d停止, 无围手术期死亡。7例患者行胆管造影检查, 未见胆汁漏、胆管狭窄及胆管结石征象。2例患者行胆管镜检查, 未见胆管黏膜与肝圆韧带浆膜之间存在分界。术后随访时间3个月至14年, 1例患者出现左侧肝内胆管轻度扩张, 考虑肝圆韧带修补的左肝管可能存在狭窄, 其余12例患者修补处胆管无狭窄及囊状扩张。

结论: 肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损疗效好, 且简单易行, 值得临床推广应用。

关键词

胆道外科手术; 再手术; 肝圆韧带

中图分类号: R657.4

Application of the serosal surface of the round ligament of the liver in biliary repair

XU Guohui¹, HUANG Guorong², CAI Lianming³, WANG Dejin², WANG Zhiping⁴, XU Yan⁴, NIE Lele⁴,
DENG Bin⁵, ZHONG Shihong⁵, CHEN Jinhua⁶, ZHANG Changhe⁷, CHEN Xi⁷, JIANG Jiabao⁷,
WEI Xiaoyong¹, LI Xiaojun¹, RAO Rongsheng¹, ZHOU Cuncai¹

(1. Department of Hepatobiliary Surgery, Jiangxi Cancer Hospital/Jiangxi Cancer Institute/the Second Affiliated Hospital of Nanchang

基金项目: 江西省优势科技创新团队建设计划基金资助项目(20152BCD24010)。

收稿日期: 2023-07-07; **修订日期:** 2024-06-12。

作者简介: 徐国辉, 江西省肿瘤医院/江西省肿瘤研究所/南昌医学院第二附属医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通信作者: 周存才, Email: zhouc719@163.com

Medical College, Nanchang 330029, China; 2. Department of Surgery, Dexing People's Hospital, Dexing, Jiangxi 334200, China; 3. Department of Surgery, Ganzhou Cancer Hospital, Ganzhou, Jiangxi 341005, China; 4. Department of Hepatobiliary Surgery, Fuzhou People's Hospital, Fuzhou, Jiangxi 344000, China; 5. Department of Surgery, Wanzai People's Hospital, Wanzai, Jiangxi 336100, China; 6. Department of Medical Imaging 7. Department of Hepatobiliary Surgery, the Affiliated Taizhou People's Hospital of Nanjing Medical University, Taizhou, Jiangsu 225300, China)

Abstract

Background and Aims: Bile duct injuries and defects can occur during hepatobiliary surgery due to various reasons. Minor defects can be repaired by direct suturing, while more significant defects often require end-to-end bile duct anastomosis or Roux-en-Y cholangiojejunostomy. These latter procedures are more complex and end-to-end anastomosis may lead to bile leakage or bile duct stricture due to tension at the anastomotic site and issues with blood supply. Cholangiojejunostomy alters the normal physiological pathway and is associated with more complications. Therefore, seeking a safer, more effective, and simpler method for bile duct repair is necessary. This study was performed to investigate the clinical efficacy and application value of using the serosal surface of the round ligament of the liver to repair bile duct defects.

Methods: The clinical data of 13 patients who underwent bile duct defect repair using the serosal surface of the round ligament of the liver in 6 hospitals between May 2008 and March 2023 were retrospectively analyzed.

Results: Among the 13 patients, 3 were males and 10 were females, with ages ranging from 40 to 68 years (mean age 55.6 years). The underlying conditions included gallstones in 2 cases, gastric cancer in 1 case, inflammatory bile duct stricture in 4 cases, hepatocellular carcinoma in the left inner lobe of the liver in 2 cases, and other malignancies in 4 cases. Postoperative bile leakage occurred in 6 patients (46.2%), with bile leakage resolving in 5 patients within 7 to 27 d after surgery through the bile duct and abdominal drainage and in 1 patient within 56 d after the operation. There were no perioperative deaths. Cholangiography imaging was performed in 7 patients, with no signs of bile leakage, bile duct stricture, or bile duct stones observed. Two patients underwent bile duct endoscopy, showing no demarcation between the bile duct mucosa and the serosa of the round ligament of the liver. The follow-up period ranged from 3 months to 14 years. One patient exhibited mild dilatation of the left intrahepatic bile duct, possibly due to stricture at the left hepatic duct repair site, The other 12 patients showed no stricture or cystic dilatation at the repair site.

Conclusion: Repairing bile duct defects with the serosal surface of the round ligament of the liver has a good effect and is simple and easy to perform, which is worthy of clinical promotion and application.

Key words

Biliary Tract Surgical Procedures; Reoperation; Round Ligament of Liver

CLC number: R657.4

肝胆外科手术中可因各种原因发生胆管损伤、胆管缺损,除少数患者缺损较小可以直接行缝合修补外,多数需要行胆管对端吻合或胆肠Y吻合。胆管对端吻合不仅需要游离近端胆管与远端胆管,有时还需要游离胰头十二指肠甚至肝脏,从而将胆管近端与远端拉近;胆肠Y吻合则更加复杂,不仅损伤较大,而且改变了正常的生理通道,并发症也较多^[1-2]。因此,寻求安全、有效、简便的

胆管修补方法便成为胆道外科永恒的课题,笔者采用肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损,取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集2008年5月—2023年3月江西省肿

瘤医院、江西省德兴市人民医院、江西省赣州市肿瘤医院、江西省抚州市人民医院、江西省万载县人民医院、南京医科大学附属泰州人民医院13例采用肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损患者的病历资料。其中男性3例，女性10例；年龄范围40~68岁，平均55.6岁。13例患者中，胆总管侧壁损伤3例，其中1例因胆囊结石行胆囊切除术，术中发生胆总管侧壁损伤，放置T管时又致胆管侧壁进一步损伤；1例因胆囊结石行腹腔镜胆囊切除术，术后出现右上腹剧烈疼痛伴发热，考虑胆汁漏、胆汁性腹膜炎，术后第3天剖腹探查，发现胆总管、肝总管前壁坏死，修剪后胆管前壁出现长4 cm的缺损；1例行胃癌根治术，在行肝十二指肠韧带淋巴结清扫时发生胆总管侧壁损伤（图1），3例患者均行T管引流（其中1例采用小儿T管）、肝圆韧带浆膜面覆盖、修补胆管缺损。

肝门胆管炎性狭窄4例，其中1例术前诊断为胆囊癌侵犯肝门胆管、胆囊结石、胆总管结石，术中发现胆囊壁、肝十二指肠韧带、肝圆韧带明显水肿增厚，肝门胆管炎性狭窄（图2），诊断为Mirizzi综合征，行胆囊切除、胆总管切开取石，胆总管、肝总管前壁出现严重缺损，扩张左右肝管，放置T管，肝圆韧带浆膜面修补胆管前壁缺损；1例诊断为Mirizzi综合征、肝门胆管炎性狭窄、胆囊结石、胆总管结石，行胆囊切除、胆总管切开取石、肝总管及左、右肝管切开、T管引流（T管横臂上端置于右肝管）、肝圆韧带浆膜面修补胆管前壁缺损；1例诊断为肝总管狭窄伴左肝管结石，行胆总管-肝总管-左肝管切开取石、T管引流、肝圆韧带浆膜面修补胆管前壁缺损；1例诊断为肝总管狭窄伴右肝管结石、肝门前方肝组织肥大压迫胆管汇合部，行肝门前方肝组织切除、肝外胆管切开、右肝管扩张取石、T管引流、肝圆韧带浆膜面修补胆管前壁缺损。

肝左内叶肝细胞癌2例，肿瘤位于肝门前方，其中1例肿瘤紧贴左右肝管及其汇合部（图3），沿肝门前方耐心细致分离、切除肿瘤后发现左右肝管管壁明显菲薄，其中左肝管上壁出现一直径3 mm的圆形缺损，考虑为肝管的开口，用6-0 Prolene线缝合，见针眼撕裂，无法缝合修补，切开胆总管放置T管，经T管注入生理盐水可见气泡在菲薄的胆管内流动并经左肝管缺损处溢出，肝圆韧带浆膜面覆盖菲薄的左右肝管包括肝管开口，5-0 Prolene线将其与周围组织缝合固定；1例肿瘤与左肝管前壁紧密粘贴，联合切除左肝管前壁，见左肝管直径约3 mm，其前壁出现8 mm×3 mm的缺损，切开胆总管前壁，置入剪有侧孔的头皮针输液管，管端越过左肝管缺损处，肝圆韧带浆膜面覆盖胆管缺损处，5-0 Prolene线将肝圆韧带与周围组织缝合固定。

胆囊癌侵犯周围肝组织1例，术中见胃壁种植转移，肝十二指肠韧带、肝总动脉旁可触及质地坚硬的肿大淋巴结，肿瘤侵犯十二指肠球部、肝门及肝内Glisson结构，行胃壁种植结节切除，将肿瘤自十二指肠球部分离，切除肿瘤、肝总管、左右肝管前壁及肿大淋巴结，肝门胆管前壁出现广泛缺损，胆管放置Y形引流管（即T管横臂分别置入左、右肝管），长臂经扩张的胆囊管引出，肝圆韧带浆膜面覆盖左肝管及肝总管缺损，镰状韧带覆盖右肝管缺损（图4）。肝门部胆管癌1例，术中发现肝脏多发转移，切开胆总管、肝总管及右肝管，放置T管，肝圆韧带浆膜面覆盖修补胆管缺损。左肝胆管细胞型肝癌伴阻塞性黄疸2例，术中发现肿瘤侵犯肝门胆管，淋巴结广泛转移、融合成团并侵犯肝总管，切开胆总管、肝总管，扩张右肝管，放置T管，横臂上端置入右肝管，肝圆韧带浆膜面覆盖修补胆管缺损。

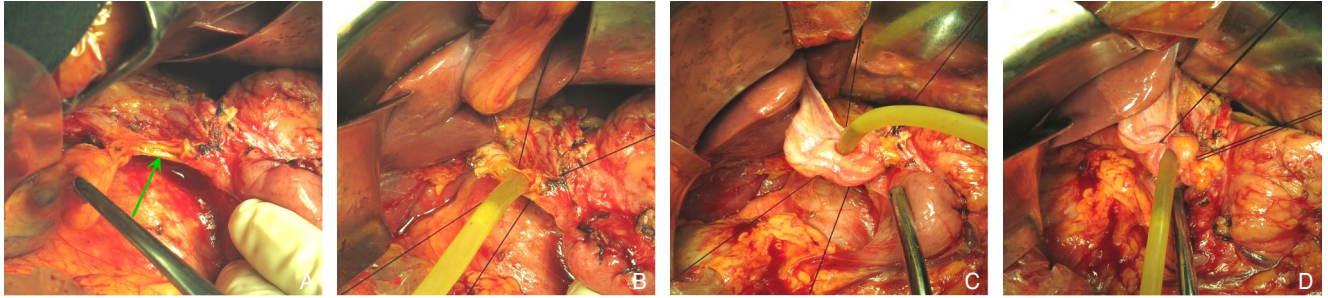


图 1 胃癌根治术患者 A: 胆总管侧壁缺损 (绿箭头); B: 经胆总管缺损放置T管, 经胆管后方引入7号丝线; C: T管长臂穿过肝圆韧带将肝圆韧带覆盖于胆管缺损的部位; D: 结扎7号丝线, 将肝圆韧带固定于胆管缺损的部位, 同时使T管不易滑脱

Figure 1 Patient undergoing radical gastrectomy A: Lateral wall defect of the common bile duct (green arrow); B: A T-tube is placed through the defect of the common bile duct, with a No. 7 suture passed behind the bile duct; C: The long arm of the T-tube passes through the round ligament of the liver, covering the bile duct defect with the round ligament; D: The No. 7 suture is tied to secure the round ligament to the bile duct defect, ensuring the T-tube remains in place

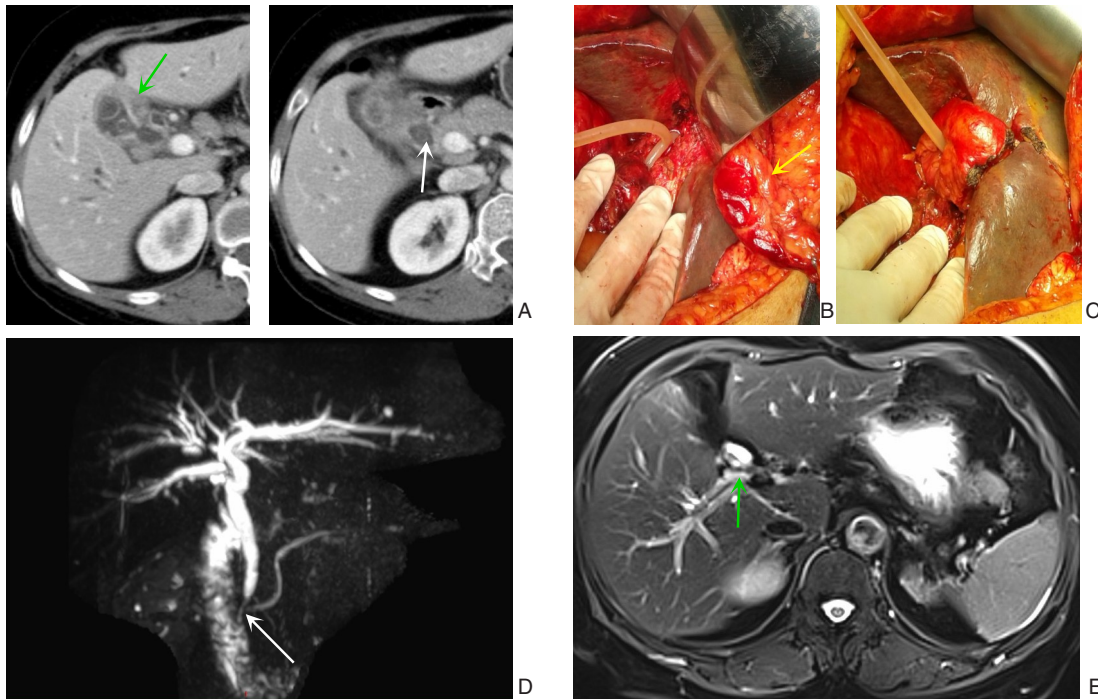


图 2 Mirizzi综合征患者 A: CT提示胆囊壁明显增厚 (绿箭头), 肝总管显示不清, 胆总管内可见结石 (白箭头); B: 胆管前壁出现严重缺损, 放置T管, 黄箭头示水肿肥厚的肝圆韧带; C: T管长臂穿过肝圆韧带将肝圆韧带覆盖于胆管缺损的部位; D: 术后8年3个月磁共振胆胰管成像 (magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) 复查, 显示肝内胆管轻度扩张, 右肝管未显示, 肝总管、胆总管无狭窄及囊状扩张, 可见胰胆管合流异常 (白箭头); E: T2WI可见右肝管 (绿箭头), 右肝管无狭窄

Figure 2 Patient with Mirizzi syndrome A: CT scan shows significant thickening of the gallbladder wall (green arrow), unclear visualization of the common hepatic duct, and visible stones white arrow in the common bile duct; B: Severe defect in the anterior wall of the bile duct, with a T-tube placed in position; the yellow arrow indicates the edematous and thickened round ligament of the liver; C: The long arm of the T-tube passes through the round ligament of the liver, covering the bile duct defect with the round ligament; D: Magnetic resonance cholangiopancreatography follow-up 8 years and 3 months postoperatively shows mild dilation of the intrahepatic bile ducts, with the right hepatic duct not visible. No stricture or cystic dilation in the common hepatic duct or common bile duct is observed. An anomalous pancreaticobiliary junction is visible (white arrow); E: T2-weighted imaging (T2WI) reveals the right hepatic duct (green arrow) with no stricture

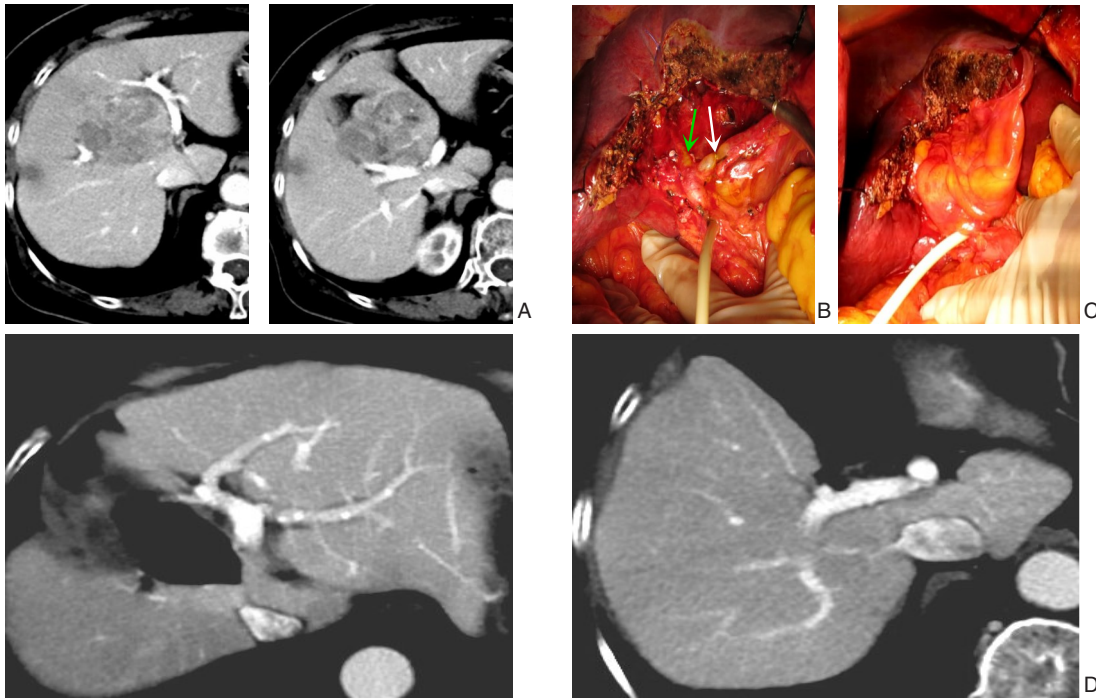


图3 肝左内叶肝细胞癌患者 A: CT提示肝癌压迫左右肝管及其汇合部; B: 左右肝管壁明显菲薄(绿箭头), 左肝管上壁出现直径3 mm的圆形缺损(白箭头), 胆总管放置T形管; C: 肝圆韧带浆膜面覆盖肝门胆管, 5-0 Prolene线将肝圆韧带与周围组织缝合固定; D: 术后22个月CT复查左侧及右侧肝内胆管无扩张

Figure 3 Patient with hepatocellular carcinoma in the left inner lobe of the liver A: CT scan shows liver cancer compressing the left and right hepatic ducts and their confluence; B: The walls of the left and right hepatic ducts are significantly thinned (green arrow), with a 3 mm round defect in the upper wall of the left hepatic duct (white arrow), and a T-tube is placed in the common bile duct; C: The serosal surface of the round ligament of the liver covers the hilar bile ducts, and 5-0 Prolene sutures are used to fix the round ligament to the surrounding tissue; D: CT follow-up 22 months postoperatively shows no dilation of the intrahepatic bile ducts on the left or right side

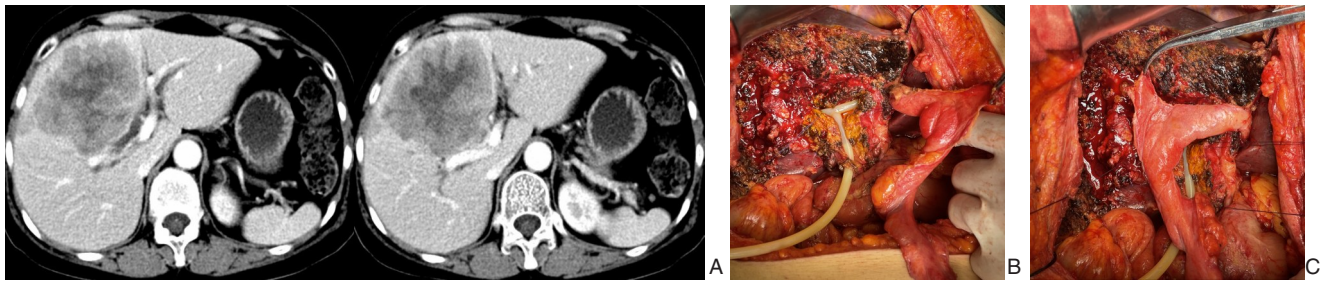


图4 胆囊癌患者 A: CT提示胆囊癌侵犯肝门胆管; B: 联合切除肝总管及左右肝管前壁, 放置Y形管(背面剪有多个侧孔), 其长臂自扩张的胆囊管引出; C: 肝圆韧带浆膜面覆盖左肝管及肝总管缺损, 镰状韧带覆盖右肝管缺损

Figure 4 Patient with gallbladder cancer A: CT scan shows gallbladder cancer invading the hilar bile ducts; B: Combined resection of the anterior wall of the common hepatic duct and the left and right hepatic ducts is performed, with a Y-shaped tube (with multiple side holes cut on its posterior side) placed, and its long arm extending out through the dilated cystic duct; C: The serosal surface of the round ligament of the liver covers the defects in the left hepatic duct and common hepatic duct, while the falciform ligament covers the defect in the right hepatic duct

1.2 手术方法

靠近脐侧离断肝圆韧带, 将肝圆韧带自腹壁分离, 保留肝圆韧带与门静脉囊部相连, 即制成带蒂的肝圆韧带。

T管横臂视情况加剪多个侧孔, T管放置有两种

方式: 一是在胆管缺损处直接放置T管, 在肝圆韧带上切一小孔, 将T管长臂穿过此孔, 从而将肝圆韧带覆盖、缝合于胆管缺损的部位, 因胆管壁缺损, T管易于滑脱, 可经胆管后方引过7号丝线, 适度结扎固定肝圆韧带及T管横臂; 二是在胆总管

缺损处的下方切开胆总管前壁放置T管, T管上端越过胆管缺损处, 然后将肝圆韧带浆膜面覆盖、缝合至胆管缺损的部位。

如胆管较细, T管无法置入, 可将T管横臂游离缘开槽“瘦身”, 剪去一定宽度的管壁, 再缝合成管形, 从而使横臂变细, 也可选用小儿T管, 如仍不能置入, 则采用直管引流的方法(图5), 可根据胆管内径选择粗细合适的引流管如脑室引流管、头皮针输液管(需将其拉直), 具体做法是: 直管前端剪成斜面并加剪多个侧孔, 血管钳向下自胆管缺损处伸进胆管腔, 将胆总管前壁顶起, 尖刀切一小口, 其大小比引流管外径略小, 从而保证直管穿出胆管壁的部位具有很好的严密性, 血管钳出头、夹住直管前端斜面将其引入胆管腔内, 管端越过胆管缺损的部位, 5-0可吸收线将直管缝合固定于胆总管前壁及十二指肠球部肠壁以防牵拉滑脱。如胆管较细血管钳无法伸入, 笔者常用大圆针制成胆道探子, 其针鼻一端经胆管缺损处伸入胆管腔指引胆总管前壁的切开及头皮针输液管的引入。如十二指肠球部上方胆总管较短, 可游离十二指肠球部显露足够长度的胆总管前壁便于切开置管。

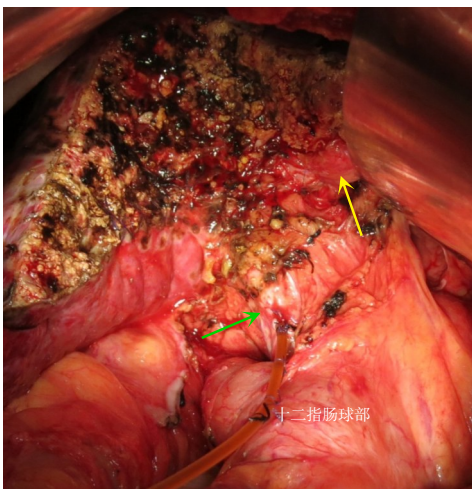


图5 胆管直管引流, 胆总管(绿箭头)内置入拉直的头皮针输液管, 管端越过左肝管缺损处, 肝圆韧带(黄箭头)覆盖左肝管缺损

Figure 5 Straight tube drainage of the bile duct, with a straightened scalp needle infusion tube inserted into the common bile duct (green arrow), the tube's end extending beyond the defect in the left hepatic duct, and the round ligament of the liver (yellow arrow) covering the defect in the left hepatic duct

肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损有两种缝合方式: 一是将肝圆韧带浆膜面与胆管缺损的边缘行精细缝合, 缝合采用5-0可吸收线或5-0 Prolene线连续缝合, 缝合时肝圆韧带一侧组织需缝合较少, 以免影响肝圆韧带的血供; 二是将肝圆韧带浆膜面覆盖于胆管缺损处, 将肝圆韧带与周围组织缝合固定防止移位。右上腹常规放置2根腹腔引流管, 1根置于文氏孔, 1根经肝十二指肠韧带前方置达肝左外叶下方, 将大网膜上提覆盖肝门区域。

1.3 观察指标及随访

观察术后胆汁漏发生情况及术后有无胆管炎表现; 行肝功能化验检查了解有无胆管梗阻的表现; 行影像学检查了解修补处胆管有无狭窄或囊状扩张、修补处上方有无胆管扩张及结石; 行胆管镜检查了解修补处胆管腔内情况。随访方式为电话随访及门诊随访。

2 结果

2.1 术后情况

13例患者有6例(46.2%)发生胆汁漏, 其中5例在术后第1天查房时便发现胆汁漏, 1例于术后第3天发生胆汁漏, 每天漏量150~320 mL; 有2例伴有轻度腹膜炎表现, 经右侧卧位、术中所置腹腔引流管及胆管引流管引流, 腹膜炎很快缓解, 5例胆汁漏于术后7~27 d停止, 1例于术后第10天出现右上腹胀痛, 术后第12天行B超检查发现局部包裹性积液, 在超声引导下行穿刺置管引流, 引出浑浊胆汁性液体200 mL, 此例胆汁漏于术后56 d停止。2例Mirizzi综合征患者、2例左肝胆管细胞型肝癌患者、1例肝门部胆管癌患者、1例胆囊癌患者术后黄疸逐渐减轻, 胆红素逐渐下降至正常。

术后12 d至10个月, 有7例患者行胆管造影检查, 未见胆汁漏、胆管狭窄及胆管结石征象, 其中2例患者分别于术后6个月、10个月行胆管镜检查, 见内壁光滑一致, 未见胆管黏膜与肝圆韧带浆膜之间存在分界, 左、右肝管开口无狭窄, 未见结石残留。2例胆管细胞型肝癌、1例肝门部胆管癌患者及1例胆囊癌患者终生保留T管, 其余患者于术后3~10个月拔除胆管引流管。无围手术期死亡。

2.2 随访情况

术后随访时间3个月至14年,3例胆管侧壁损伤患者、4例肝门胆管炎性狭窄患者、2例肝左内叶肝细胞癌患者均无腹痛、畏寒、发热、黄疸等症状,肝功能化验检查包括碱性磷酸酶、谷氨酰基转移酶均正常。所有患者影像学检查肝内外胆管未见结石,肝圆韧带修补处胆管无狭窄及囊状扩张,1例肝左内叶肝细胞癌患者术前肝内胆管无扩张,术后1.3个月CT显示左侧肝内胆管直径为2.5 mm,术后9个月拔除左肝管支撑管,术后11个月CT显示左侧肝内胆管直径为6 mm,以后胆管扩张逐渐减轻,术后2年CT显示左侧肝内胆管直径为3.5 mm;1例Mirizzi综合征患者术后14年MRI检查显示肝内胆管轻度扩张(术前即已存在);1例Mirizzi综合征患者术后8年3个月MRI检查显示肝内胆管轻度扩张(术前即已存在)。2例左肝胆管细胞型肝癌患者分别于术后4个月、4.5个月死亡,1例肝门部胆管癌患者于术后6.5个月死亡,1例胃癌患者于术后2年4个月死亡,其余患者均生存。

3 讨论

3.1 肝圆韧带浆膜面修补胆管的适应证

3.1.1 肝外胆管损伤、缺损 许多学者都在探讨胆囊切除术中如何预防胆管损伤^[3-5],但胆管损伤、侧壁缺损的情况仍有发生,成为胆道外科之痛^[6];肝十二指肠韧带清扫也可发生胆管损伤与侧壁缺损。如胆管缺损较小,可以直接行缝合修补;如缺损较大,直接缝合有张力,或缝合后出现胆管明显狭窄,则需行胆管对端吻合;如缺损更大则往往需要行胆肠Y吻合,而胆管对端吻合、胆肠Y吻合如前所述均存在不足,因此,如能采用邻近的自身组织来修补胆管缺损则可以明显简化手术,为此,有学者采用带蒂黏膜瓣进行修补^[7-9];也有学者采用肝圆韧带进行修补,但多利用肝圆韧带中的脐静脉瓣进行修补^[10-14],利用浆膜面修补^[15-16]的报道较少,浆膜面修补无需寻找、扩张、切开肝圆韧带中的脐静脉,因而操作更加简单;尚有学者^[17-20]采用静脉补片甚至人工血管来重建胆管。

3.1.2 肝门胆管炎性狭窄 肝门胆管炎性狭窄在切开狭窄段胆管之后其前壁便会出现缺损,往往需要行胆肠Y吻合来解决胆汁引流问题,笔者利用肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损同样很好地解决了

这一问题,2011年笔者^[15]曾以个案形式介绍这一方法。在切开炎性狭窄的肝总管及左右肝管之后,其边缘往往是不规则的,要想将胃、肠黏膜瓣、胆囊瓣、肝圆韧带中的脐静脉瓣修剪成相应的形状并与胆管缺损的边缘行精准缝合是很难的;另外,笔者曾专门解剖左半肝切除标本上的肝圆韧带,发现脐静脉瓣的宽度是有限的,如果胆管缺损较大,那么脐静脉瓣便不能满足胆管修补的需要;肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损则不受缺损形态的限制,只要覆盖胆管缺损的部位即可,其大小也都能满足胆管缺损的需要,也可剖开肝圆韧带的一侧来增大浆膜面,本组胆管缺损最长的1例是从肝总管至左右肝管全长。

3.1.3 肝脏手术所致胆管缺损 位于肝门前方的肝左内叶肝癌有时会压迫甚至侵犯左、右肝管,一旦发生左、右肝管缺损,处理颇为棘手,要么行胆肠吻合,要么联合切除胆管缺损一侧的肝脏^[21],或为了避免胆管壁缺损而不得不将肿瘤残留在胆管壁上,这不仅使患者失去R₀切除的机会,而且人为造成医源性肿瘤破裂,自从想到肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损这一技术,笔者再无此担忧,术中尽管将肿瘤与受侵的胆管壁一并切除。本组1例发生左肝管侧壁缺损,利用肝圆韧带浆膜面覆盖胆管缺损处从而轻易完成修补;1例不仅发生左肝管上壁缺损,而且左、右肝管前壁明显菲薄,失去胆管表面血管网,术后很有可能发生左、右肝管前壁的广泛坏死,其处理更加棘手,即使用各类黏膜瓣进行修补或行胆肠Y吻合也很难实施,而用肝圆韧带浆膜面覆盖于左右肝管前壁则轻易解决这一难题,术后无胆汁漏,随访22个月肿瘤无复发及转移。

3.1.4 围肝门肿瘤侵犯肝门胆管 累及肝门的胆管细胞型肝癌、肝门部胆管癌、胆囊癌术中探查发现难以切除或不宜切除,常用的减黄方法是放置U形管引流^[22-23],因U形管的上端需从肝脏穿出,下端需经十二指肠乳头从十二指肠侧壁穿出,且其侧孔位置要预先计算好,不能滑出肝脏及十二指肠,这些均增加了手术的复杂性、创伤与风险;也有采用Longmire术式^[24-25]或切开肝内胆管行置管引流或胆肠内引流^[26],但此术较为复杂,且只能引流一侧肝内胆管。笔者采用T管或Y管引流的方法,将肝圆韧带浆膜面覆盖于剖开的、肿瘤侵犯的肝总管及左右肝管即可,此法简单,日后夹闭

T管或Y管便成为胆汁内引流。传统观点认为肿瘤组织与周围组织不易愈合,但实践中经常看到肿瘤组织侵犯周围组织形成难以分离的“侵犯性愈合”,本组4例围肝门恶性肿瘤患者术后虽然都发生了胆汁漏,但经引流及营养支持治疗胆汁漏均停止,提示肿瘤组织可以与肝圆韧带发生“愈合”。

3.2 肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损所致胆汁漏问题

肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损无疑是简便的,但由此引起的胆汁漏是笔者初期最担心的问题。因为即使将肝圆韧带与胆管壁行精细缝合,两者之间也会存在间隙,虽然放置了胆管引流管,但胆管腔内的胆汁还是存在一定压力的,因而术后势必会发生胆汁漏,但本组13例患者有7例未发生胆汁漏,分析其原因可能与胆管引流管的充分减压、肝圆韧带与胆管壁之间较好的严密性以及局部良好的血供有关。虽然有6例发生胆汁漏,但漏量较小,仅2例出现轻度的腹膜炎,但通过右侧卧位及术中事先放置好的腹腔引流管及胆管引流管的引流,腹膜炎很快缓解,这也提示放置胆管引流管及2根腹腔引流管的重要性。6例胆汁漏有5例在术后7~27 d停止,仅1例时间长达56 d,分析与右肝管前壁用的是与肝圆韧带相连的较薄的镰状韧带修补有关,术中修补不够满意以致反复加缝。本组无围手术期死亡,这也提示肝圆韧带修补胆管缺损是安全的。

3.3 修补处胆管狭窄与囊状扩张问题

本组13例患者,与术前相比,仅1例出现左侧肝内胆管轻度扩张,考虑肝圆韧带修补的左肝管可能存在狭窄,但随访发现该患者无不适情况,肝功能化验检查包括胆道梗阻性指标碱性磷酸酶及谷氨酰转移酶均正常,影像学检查也未显示左肝管狭窄,且左侧肝内胆管扩张逐渐减轻,这些又提示左肝管并不存在狭窄;其余12例患者肝圆韧带修补处胆管无狭窄。1例Mirizzi综合征患者术后14年检查,MRCP显示肝总管狭窄,部分肝内胆管未显示,但B超检查显示肝总管走行弯曲,并无狭窄,肝内胆管走行良好,1例Mirizzi综合征患者术后8年多检查,MRCP显示右肝管中断,部分肝内胆管未显示,但B超检查并未提示这些异常,这2例患者MRCP所见与B超检查所见存在一定的出入,笔者不解,查阅文献^[27-29]也未能寻及相关解释,但有1篇文献^[28]提及胰头肿块、胆道梗阻的患

者其肝内胆管也存在显示不清的情况,因此,当MRCP发现肝内胆管显影缺失的时候需结合B超检查综合分析,这2例患者术后恢复良好,长期随访无胆管炎等表现,肝功能化验检查包括胆道梗阻性指标碱性磷酸酶及谷氨酰基转移酶均正常。

另一个担心的问题就是肝圆韧带修补胆管缺损之后在长期胆道压力的作用下局部会不会出现囊状扩张?笔者甚至做好了“先用肝圆韧带修补,如将来发生胆管囊状扩张再视情处理”这样的预案,然而,观察发现本组无1例发生局部胆管囊状扩张,分析其原因,肝圆韧带浆膜与胆管壁愈合之后,胆管缺损的部位便为肝圆韧带的“主干”占据、覆盖,此“主干”包含坚韧的脐血管,因而不会发生“胆管”囊状扩张。

3.4 修补处胆管内皮化问题

移植物修补血管之后其内面可以发生血管内皮化,那么移植物修补胆管之后其内面会不会产生胆管内皮化呢?Belzer等^[17]行动物实验,用自体静脉修补胆管缺损,发现移植物的内面会发生胆管内皮化;Rutledge^[18]用隐静脉修补1例肝细胞癌联合部分肝外胆管切除患者的胆管缺损,4年后患者死亡,行尸检及病理检查,发现移植物的内面为较小的、较扁的、非特异性内衬细胞所覆盖,而非典型的胆管上皮细胞;那么用肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损之后其浆膜面会不会发生胆管内皮化呢?笔者对2例具有胆管镜检查适应证的患者施行了胆管镜检查,试图钳取肝圆韧带一侧的黏膜进行活检,但是胆管镜检查发现整个胆管腔内壁光滑一致,辨别不出胆管黏膜与肝圆韧带浆膜之间存在分界,因而无法钳夹活检。笔者分析:(1)自体静脉修补胆管,自体静脉并无血供,乃为失活组织,而胆汁又不可能像血液一样为移植的静脉提供营养,在一块没有生机的组织上,不用说周围的胆管上皮细胞能否爬行过来产生胆管内皮化,即爬行过来的胆管上皮细胞将从哪里获得营养?就是这块没有生机的静脉壁能否与周围的胆管壁发生愈合都成问题,Rutledge^[18]的那例患者尸检显示自体静脉周围有广泛的疤痕形成。(2)与自体静脉修补胆管不同,肝圆韧带修补胆管两者均有血供,均为活性组织,如果说胆管的黏膜细胞可以爬向肝圆韧带发生胆管内皮化,那肝圆韧带表面的间皮细胞为什么就不能爬向胆管发生胆管间皮化呢?再如胆肠吻合,胆管与空肠均有血

供,均为活性组织,是胆管黏膜爬向空肠、还是空肠黏膜爬向胆管、还是两者“互不侵犯”呢?显然,这是一个需要求证的科学问题,也许对既往施行过胃肠吻合的患者行胃镜检查了解吻合口处黏膜的迁移情况有可能提示这方面的答案。

3.5 胆管直管引流

胆管切开之后一般需常规放置T管引流,T管引流已在人们的头脑中根深蒂固,因而想不到胆管引流还可以采用直管引流,更由于担心直管引流易于滑脱,以及直管穿出胆管壁的部位难以严密,因而更不敢突破传统习惯放置直管引流。本组1例胆囊切除术患者,术中发生胆管侧壁损伤,经胆管缺损处放置T管,由于胆管较细,又无细号T管可以选用,遂强行置入T管,从而造成胆管进一步损伤,遇此情况可将T管横臂“瘦身”或选用小儿T管,如仍不能置入,则采用直管行支撑、引流,不应囿于T管。最近1位同道来电求助,说术中发生胆管损伤,但胆总管较细无法置入T管。笔者告知可行胆管直管引流,并说明如何放置直管及固定。本组1例左肝管缺损患者经胆总管向左肝管放置头皮针输液管从而轻易解决左肝管的支撑与引流。

3.6 肝圆韧带浆膜面修补胆管缺损的优点

与消化道黏膜瓣相比,肝圆韧带浆膜面不会产生消化液、黏液,因而不会对胆汁成分产生影响,且取材简单,不增加细菌污染,无胃痿、肠痿之虞;与肝圆韧带中的脐静脉瓣相比,浆膜面修补更加简单,修补的缺损也更大,对于边缘不规则的胆管缺损也不要求精准缝合,只要将其与周围组织缝合固定不发生移位即可。

比较现有的胆管修补材料与修补方法,笔者认为理想的胆管修补材料应满足下列条件:(1)修补效果好,不易发生胆汁漏、结石、狭窄、囊状扩张、癌变等情况;(2)取材方便,对取材部位影响小;(3)修补简单,对修补部位影响小,如不改变正常生理通道;(4)材料较大,能满足修补的需要。对照此标准肝圆韧带浆膜面实为理想的胆管修补材料。

肝圆韧带已用于许多腹部手术中^[30-33],因此,进腹时需注意保护肝圆韧带,术中需时常爱惜肝圆韧带。

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突。

作者贡献声明:黄国荣、蔡黎明、王德进、汪志平、许岩、聂乐乐、邓彬、钟世洪、陈锦华、张长和、陈曦、魏小勇、李小军负责资料收集、分析;徐国辉、姜家宝、饶荣生、周存才负责文章撰写、修改。

参考文献

- [1] 梁力建.胆肠吻合术历史变迁及再评价[J].中国实用外科杂志,2014,34(10):915-916. doi:10.7504/CJPS. ISSN1005-2208.2014.10.03.
Liang LJ. Historical changes and reevaluation of bilioenterostomy[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2014, 34(10):915-916. doi:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2014.10.03.
- [2] 钟先荣,孔勇,李金明,等.消化道吻合器行胆肠吻合术的严重并发症原因分析与处理[J].实用医学杂志,2010,26(13):2389-2391. doi:10.3969/j.issn.1006-5725.2010.13.047.
Zhong XR, Kong Y, Li JM, et al. Cause analysis and treatment of serious complications of cholangioenterostomy with digestive tract stapler[J]. The Journal of Practical Medicine, 2010, 26(13):2389-2391. doi:10.3969/j.issn.1006-5725.2010.13.047.
- [3] 黄国荣,魏小勇,周存才,等.胆囊三角掏空法在腹腔镜胆囊切除术中的应用价值[J].中华消化外科杂志,2017,16(9):963-966. doi:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2017.09.016.
Huang GR, Wei XY, Zhou CC, et al. Application value of Calot triangle hollowing-out maneuver in laparoscopic cholecystectomy[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2017, 16(9):963-966. doi:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2017.09.016.
- [4] 陈晓鹏,程斌,鲍胜华,等.沿“胆囊管”逆行追踪法在预防腹腔镜胆囊切除术肝外胆管损伤中的应用价值[J].中国普通外科杂志,2019,28(2):135-141. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.02.002.
Chen XP, Cheng B, Bao SH, et al. Application value of retrograde tracing along cystic duct for prevention of extrahepatic bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy[J]. China Journal of General Surgery, 2019, 28(2):135-141. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2019.02.002.
- [5] 王云丰,寸冬云,黄洁,等.吲哚菁绿荧光导航在治疗I型Mirizzi综合征腹腔镜胆囊切除术中的运用[J].中国普通外科杂志,2022,31(8):1031-1038. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2022.08.006.
Wang YF, Cun DY, Huang J, et al. Application of indocyanine green fluorescent navigation in laparoscopic cholecystectomy for type I Mirizzi syndrome[J]. China Journal of General Surgery, 2022, 31(8):1031-1038. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2022.08.006.

- [6] 黄志强. 医源性胆管狭窄:胆道外科之痛[J]. 中华消化外科杂志, 2008, 7(1):1-5. doi:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2008.01.001.
- Huang ZQ. Iatrogenic biliary stricture: a disastrous mistake in biliary surgery[J]. Chinese Journal of Digestive Surgery, 2008, 7(1): 1-5. doi:10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2008.01.001.
- [7] Sandblom P, Tabrizian M, Rigo M, et al. Repair of common bile duct defects using the gallbladder or cystic duct as a pedicled graft[J]. Surg Gynecol Obstet, 1975, 140(3):425-432.
- [8] 黄志强, 何振平, 周永碧, 等. 用带血管蒂的粘膜瓣修复胆管狭窄[J]. 中华外科杂志, 1986, 24(9):523-526.
- Huang ZQ, He ZP, Zhou YB, et al. Repair of bile duct stricture using a vascularized mucosal flap[J]. Chinese Journal of Surgery, 1986, 24(9):523-526.
- [9] 张长弓, 冉瑞图, 何世举, 等. 带蒂胆囊瓣或空肠瓣修复肝胆管巨大缺损[J]. 中华外科杂志, 1990, 28(9):530-532.
- Zhang CG, Ran RT, He SJ, et al. Repair of giant hepatic bile duct defects using a pedicled gallbladder flap or jejunal flap[J]. Chinese Journal of Surgery, 1990, 28(9):530-532.
- [10] 蔡景修, 董家鸿, 别平, 等. 带蒂脐静脉瓣胆道修复[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(2): 83-85. doi: 10.3760/cma.j.issn.1007-8118.2004.02.004.
- Cai JX, Dong JH, Bie P, et al. Bile duct reconstruction with pedicled umbilical vein graft[J]. Chinese Journal of Hepatobiliary Surgery, 2004, 10(2): 83-85. doi: 10.3760/cma.j.issn.1007-8118.2004.02.004.
- [11] 黄建富, 陈燕凌, 黄长玉, 等. 应用带蒂自体组织修复肝门部胆管狭窄[J]. 中华普通外科杂志, 2005, 20(12):766-767. doi:10.3760/j.issn:1007-631X.2005.12.005.
- Huang JF, Chen YL, Huang CY, et al. The repair of porta hepatic duct stricture by pedicled autograft[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2005, 20(12): 766-767. doi: 10.3760/j.issn:1007-631X.2005.12.005.
- [12] 吴金术, 彭创, 尹新民, 等. 肝圆韧带在肝胆外科手术中的应用[J]. 肝胆胰外科杂志, 2008, 20(5):371-372. doi:10.3969/j.issn.1007-1954.2008.05.027.
- Wu JS, Peng C, Yin XM, et al. Application of ligamentum teres hepatis in hepatobiliary surgery[J]. Journal of Hepatopancreatobiliary Surgery, 2008, 20(5):371-372. doi:10.3969/j.issn.1007-1954.2008.05.027.
- [13] 申安, 李世平, 黄晓强, 等. 自体组织修复在肝门胆管良性狭窄的临床应用[J]. 军医进修学院学报, 2010, 31(9):879-880.
- Shen A, Li SP, Huang XQ, et al. Application of autogenous tissue flap in repair of benign bile duct stricture[J]. Journal of Chinese PLA Postgraduate Medical School, 2010, 31(9):879-880.
- [14] 鲍恩武, 盛华嵩, 范育林, 等. 自体组织修复胆管良性狭窄[J]. 肝胆外科杂志, 2014, 22(3):206-207.
- Bao EW, Sheng HS, Fan YL, et al. Repair of benign constriction of bile duct wall by auto-tissue patches[J]. Journal of Hepatobiliary Surgery, 2014, 22(3):206-207.
- [15] Zhou CC, Yang XY, Zhang CH, et al. Dealing with the long and high biliary stricture[J]. ANZ J Surg, 2011, 81(3): 204-205. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05663.x.
- [16] Dokmak S, Aussilhou B, Ragot E, et al. Reconstruction of bile duct injury and defect with the round ligament[J]. J Gastrointest Surg, 2017, 21(9):1540-1543. doi:10.1007/s11605-017-3485-z.
- [17] Belzer FO, Watts JM, Ross HB, et al. Auto-reconstruction of the common bile duct after venous patch graft[J]. Ann Surg, 1965, 162(3):346-355. doi:10.1097/0000658-196509000-00004.
- [18] Rutledge RH. Methods of repair of noncircumferential bile duct defects[J]. Surgery, 1983, 93(2):333-342.
- [19] Monk JS Jr, Church JS, Agarwal N. Repair of a traumatic noncircumferential hepatic bile duct defect using a vein patch: case report[J]. J Trauma, 1991, 31(11): 1555-1557. doi: 10.1097/00005373-199111000-00019.
- [20] Besozzi A, Selvaggiuolo M, Mitarittono M. Non-iatrogenic common bile duct injury repair by Gore-Tex vascular graft: a case report[J]. Chir Ital, 2004, 56(2):261-264.
- [21] 王宏光, 王之浩, 姚明军. 腹腔镜肝切除手术中胆管损伤的预防及对策[J]. 中国实用外科杂志, 2022, 42(9): 982-986. doi: 10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2022.09.06.
- Wang HG, Wang ZH, Yao MJ. Prevention and countermeasure of bile duct injury during laparoscopic hepatectomy[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2022, 42(9):982-986. doi:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2022.09.06.
- [22] 孙立新, 徐智, 周孝思. U型管支撑治疗晚期肝门部胆管癌[J]. 中国普通外科杂志, 2009, 18(8):886-888. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2009.08.034.
- Sun LX, Xu Z, Zhou XS. Treatment of advanced hilar cholangiocarcinoma with U-tube support[J]. China Journal of General Surgery, 2009, 18(8):886-888. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2009.08.034.
- [23] 甄宇洋, 梁力建, 马驰, 等. T管套U管治疗不能手术切除的肝门部胆管癌[J]. 中山大学学报:医学科学版, 2003, 24(4):395-397. doi:10.3321/j.issn:1672-3554.2003.04.025.
- Zhen YY, Liang LJ, Ma C, et al. A T tube sheathed U tube approach for unresectable HilarCholangiocarcinoma[J]. Journal of Sun Yat-sen University: Medical Sciences, 2003, 24(4): 395-397. doi: 10.3321/j.issn:1672-3554.2003.04.025.
- [24] Kirk RM. Right intrahepatic cholangioenterostomy by Longmire's technique for impassable or recurrent proximal extrahepatic biliary obstruction[J]. Am J Surg, 1981, 142(3): 344-346. doi: 10.1016/0002-9610(81)90344-5.

- [25] Goh HS, Rauff A, Foong WC, et al. Modified Longmire's operation for proximal extrahepatic biliary obstruction[J]. Singapore Med J, 1984, 25(2):92-96.
- [26] 熊进文, 沈文律. 不能切除的肝门部胆管癌的姑息引流治疗进展[J]. 实用医技杂志, 2004, 11(8):1086-1088.
Xiong JW, Shen WL. Progress in palliative drainage for unresectable hilar cholangiocarcinoma[J]. Journal of Practical Medical Techniques, 2004, 11(8):1086-1088.
- [27] 张禹, 屈小伶. MRCP扫描质量控制及伪影消除在临床工作中的价值[J]. 现代医学, 2021, 49(7):798-800. doi:10.3969/j.issn.1671-7562.2021.07.017.
Zhang Y, Qu XL. The value of MRCP scanning quality control and artifact elimination in clinical work[J]. Modern Medical Journal, 2021, 49(7):798-800. doi:10.3969/j.issn.1671-7562.2021.07.017.
- [28] 王梦珂, 白岩, 孟楠, 等. 常规胰胆管成像与压缩感知胰胆管成像对胰胆管显示的对比[J]. 磁共振成像, 2021, 12(3):30-33. doi:10.12015/issn.1674-8034.2021.03.007.
Wang MK, Bai Y, Meng N, et al. Comparison of conventional cholangiopancreatography and compressed sensing cholangiopancreatography in the display of biliary dilatation and pancreatic duct dilatation[J]. Chinese Journal of Magnetic Resonance Imaging, 2021, 12(3):30-33. doi:10.12015/issn.1674-8034.2021.03.007.
- [29] 胡海峰, 王影, 王东旭, 等. 磁共振胰胆管造影(MRCP)联合超声(US)对胆道梗阻性疾病的诊断效果分析[J]. 系统医学, 2016, 1(12):97-100. doi:10.19368/j.cnki.2096-1782.2017.01.097.
Hu HF, Wang Y, Wang DX, et al. Magnetic Resonance Imaging Pancreatic (MRCP) Ultrasound (US) in the Diagnosis of Biliary Obstructive Diseases Effect Analysis[J]. Systems Medicine, 2016, 1(12):97-100. doi:10.19368/j.cnki.2096-1782.2017.01.097.
- [30] Takahashi M, Saiura A, Takahashi Y. The usefulness of patch repair using the re-permeabilized umbilical vein of the round ligament for hepatobiliary malignancies[J]. World J Surg, 2017, 41(11):2813-2816. doi:10.1007/s00268-017-4102-8.
- [31] 周存才, 魏小勇, 张长和, 等. 肝圆韧带间置肝肠吻合术28例报告[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6):471-473. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2018.06.016.
Zhou CC, Wei XY, Zhang CH, et al. Hepatic-intestinal anastomosis with interposition of ligamentum teres hepatis: a report of 28 cases[J]. Chinese Journal of Surgery, 2018, 56(6):471-473. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2018.06.016.
- [32] Runkel A, Scheffel O, Marjanovic G, et al. Augmentation of hiatal repair with the ligamentum teres hepatis for intrathoracic gastric migration after bariatric surgery[J]. Obes Surg, 2021, 31(4):1422-1430. doi:10.1007/s11695-020-05153-4.
- [33] 依布拉音·艾尼, 蒋铁民, 温浩. 肝圆韧带在腹部手术中的应用及研究进展[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(2):211-215. doi:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2023.02.17.
Yibulayin·AN, Jiang TM, Wen H. Application of the ligamentum teres hepatis in abdominal surgery[J]. Chinese Journal of Practical Surgery, 2023, 43(2):211-215. doi:10.19538/j.cjps.issn1005-2208.2023.02.17.

(本文编辑 熊杨)

本文引用格式: 徐国辉, 黄国荣, 蔡黎明, 等. 肝圆韧带浆膜面在胆道修补中的应用[J]. 中国普通外科杂志, 2024, 33(8):1240-1250. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2024.08.005

Cite this article as: Xu GH, Huang GR, Cai LM, et al. Application of the serosal surface of the round ligament of the liver in biliary repair[J]. Chin J Gen Surg, 2024, 33(8):1240-1250. doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2024.08.005



微信扫一扫
关注该公众号

敬请关注《中国普通外科杂志》官方微信平台

《中国普通外科杂志》官方公众微信正式上线启动(订阅号: ZGPTWKZZ), 我们将通过微信平台定期或不定期推送本刊的优秀文章、工作信息、活动通知以及国内外最新研究成果与进展等。同时, 您也可在微信上留言, 向我们咨询相关问题, 并对我们的工作提出意见和建议。《中国普通外科杂志》公众微信号的开通是在移动互联网时代背景下的创新求变之举, 希望能为广大读者与作者带来更多的温馨和便利。

欢迎扫描二维码, 关注《中国普通外科杂志》杂志社官方微信服务平台。

中国普通外科杂志编辑部