维普资讯 http://www.cqvip.com

右肝内胆管孤立结石的病理特点与手术治疗

陈剑雄，赖新锋，林良辉 （阳江市人民医院普通外科，广东 阳江 529500）

［摘 要］ **目的** 探讨右侧肝内胆管结石独特的临床病理特点及施行右侧肝叶切除的可行性和安全性。**方法** 回顾性分析83例右侧肝叶切除和115例非肝叶切除的手术时间、出血量、住院时间、结石清除率和并发症。**结果** 右侧肝叶切除的结石清除率高于未行肝叶切除的清除率，并发症发生率(45.8%)高于非肝切的并发症发生率(20.9%)。两组均无手术死亡。**结论** 右侧肝叶切除是一种安全、高效的治疗右侧肝内胆管结石的方法，值得推广应用。

［关键词］胆管结石；肝右叶；肝切除
［中图分类号］R575.62 ［文献标识码］A ［文章编号］1672-5042(2007)04-0241-03

Patho-characteristic and operative treatment of isolated calculi in right intrahepatic bile duct

CHEN Jian-xiong, LAI Xin-feng, LIN Liang-hui (Department of General Surgery, the People's Hospital of Yangjiang City, Yangjiang Guangdong 529500, China)

Abstract: Objective To explore the feasibility and safety for right hepatolobectomy accordinging to the unique clinicopathologic characteristic in right calculus of intrahepatic duct. **Methods** Retrospective analysis the operation time, bleeding amount, lengths of patient stay(LOS), calculus clearance rates and complications of 83 cases of right hepatolobectomy and 115 cases of non-hepatolobectomy. **Results** According to the unique clinicopathologic features of right calculus of intrahepatic duct, right hepatolobectomy could significantly increase clearance rate of gall-calculi and reduce LOS compared to non-hepatolobectomy. Subtotal hepatectomy did not increase surgery operation time, LOS and complications compared to partial hepatectomy. **Conclusion** According to the unique clinicopathologic features of right calculus of intrahepatic duct, right hepatolobectomy is a safe operation with high-performance, it is worth promoting.

Keywords: calculus of bile duct; right lobe of liver; hepatectomy

左肝切除治疗左肝内胆管结石以其结石清除率高、手术安全、易于操作等特点已得到广泛的推广使用[1-3]，但由于担心手术的安全性和操作的难度等，右侧肝叶切治疗右侧肝内胆管结石并没有得到学者们的一致认可[4]。本文作者发现右侧肝内胆管结石有其独特的临床病理特点，根据这些独特的病理特点作右侧肝叶切除安全，易于操作。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1976年1月至2004年12月间收治的孤立右侧肝内胆管结石198例，男79例，女119例。年龄15～75岁，平均44岁。术前肝脏及胆道系统进行B-US、CT、ERCP、PTC、MRI等检察，以明确肝实质有无萎缩，胆管有无狭窄或扩张以及扩张的程度和范围，是否合并其它肝脏病变。

1.2 治疗方法

83例行肝右叶切除手术，115例进行非肝叶切除的手术治疗。切口以右侧肋下斜切口为主，如行右半肝或右后叶切除时则经第11肋向后上延伸切口。手术开始时应先游离预切除的肝段，使该肝段可轻松托在左手掌以利于在切肝时对该肝段的控制。尽可能控制预切除肝段的入肝和出肝血流后再切肝，困难时也可Pringle法阻断肝门，肝段和亚肝段的切除一般不需要控制出入的血流。根据肝脏表面正常肝组织和病变肝组织之间明显的分界线可确定切除的病变肝组织的范围，分界线不明显时可以借助术中B超来确定。病肝切除后，经过断面上的胆管向肝外胆管探查，以确定胆管的走行及是否还有其它胆管的病变。

2 结果

两组病人治疗效果详见表1，各肝段的切除情况见表2。

表1 两组病人的治疗效果

组 别	手术时间 (min)	出血量 (ml)	住院时间 (d)	并发症率 (%)	结石清除率 (%)
肝叶切除组	358±93	964±162	33.9±9.2	45.8	90.3
非肝叶切除组	270±80	373±63	42.9±9.8	20.9	59.6

3 讨论

肝胆管结石沿肝内病变胆管树呈区域性分布，这是肝胆管结石病最基本的临床病理特点和诊治基础，肝脏萎缩－增生复合征是判断肝胆管结石病变部位的

［作者简介］陈剑雄(1970－)，男，广东省阳江市人，主治医师，学士，主要从事临床普通外科方面的研究。电话：13809729006，E-mail：hwh37@tom.com

［收稿日期］2007-03-26 ［修回日期］2007-05-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

表2 各肝段切除情况表

切除肝段	手术时间 (min)	出血量 (ml)	住院时间 (d)	并发症率 (%)	结石清除率 (%)
V	331	925	47.6	33.3	64.7
VI	398	946	36.7	36.7	87.5
VII	391	975	33.8	33.8	80.0
V、VIII	323	593	20.3	38.1	68.0
VI、VII	360	753	36.7	28.5	66.7
V、VI、VII、VIII	355	1241	32.4	62.9	63.7

重要依据。除了上述肝胆管结石病共同的病理变化外,右侧肝胆管结石病有自己独特的临床病理特点:①右肝内胆管结石致右半肝萎缩时由于左肝的代偿增大,使萎缩的肝右叶和第一肝门以下腔静脉为中轴向右后上方旋转移位。给游离肝右叶特别是分离右后叶与下腔静脉之间的粘连、显露肝门区造成困难。②右后叶胆管结石发生相应肝段萎缩时,右前叶增生肥大,向右下方呈膨胀性突出,而右后叶发生纤维形成薄薄的一层,周围向上卷起并包裹着向右下突出的右前叶膨大部,二者的关系如同呈抱拳状态的两只手。外面纤维化的右后叶质韧,肥大的右前叶则较柔软。③由于含结石的病变胆管扩张、管壁炎性增厚而相应肝组织萎缩,因此在肝脏表面有时可看到白色树枝结构,沿其中一条浅浅的剖开,可以找到扩张的胆管及其中的结石,这种白色树枝结构就是病变胆管树,这种情况多见于VI段结石。④反复发作的胆管炎,必将波及肝包膜及肝脏周围组织,炎性刺激使肝脏与膈肌粘连,多见于肝脏的膈面,这也是术中了解病变区域的一个方法。⑤右前叶的病变一般不与膈肌粘连,在正常的右后叶与左半肝之间可见病变的右前叶狭窄的条带状。

肝叶切除可以彻底清除结石、病变胆管和肝组织,综合文献报道,肝切除治疗肝内胆管结石的结石残留率可以到10%~23%,如果合并应用胆道镜取石等辅助治疗可以降到13%~0%,远远低于非手术治疗法20%~40%的结石残留率[2,5-6]。从结石复发率比较,非肝叶切除的结石复发率30%~54%[7-11],而肝叶切除的结石复发率9%~10%[2,12-14]。

作者在行右肝叶切除治疗孤立性右肝内胆管结石的结石清除率为90.3%,而未行肝叶切除的结石清除率仅为59.6%。尽管有肝切除的并发症高于非肝切除者,但其中有16例是肝切除固有的肝断面的胆漏,而肝断面胆漏并非严重并发症,一般可在10~20 d左右自行消失,去除这16例胆漏,二者并发症发生率并无差异。肝切者比非肝切者有更好的生存质量、更低的复发率和更少的演变为胆汁性肝硬化和胆管癌的机会[10]。统计分析发现肝切除的手术时间、出血量高于非肝切除,但非肝切除者住院时间延长,这是由于肝叶切除后基本上已彻底切除了病灶,而非肝叶切除者病灶并没有彻底清除,常常需要术后取残留结石、继续治疗胆管炎等,因而增加了住院时间。

本文认为根据右肝内胆管结石独特的临床病理特点实行的右肝切除是一种值得提倡的方法,我们的经验是:①确定病变范围是实行手术切除的基础,右肝内胆管结石常伴有相应肝段的病变,但有时病变的肝段和正常肝段之间肉眼难以区分,特别是当右后叶萎缩时,可被转位的右前叶完全掩盖,手术时极易遗漏。因此手术时需借助术中超声等影像学检查准确判断肝胆管和肝脏病变区域以及病肝切除范围。②充分游离右肝至关重要,特别是右半肝和右后叶的切除。右肝萎缩使右肝和第一肝门顺时针移位,右肝与腹后壁、膈肌和腔静脉间常有粘连,充分游离肝周韧带和粘连后,将肝脏向左翻转,结扎切断下腔静脉右侧壁的肝短静脉,这样在切肝过程中不会因翻转肝脏而撕裂下腔静脉或肝短静脉。③右后叶的切除,右后叶的萎缩与纤维化使右后叶和右前叶呈“抱拳征”,外面纤维化的右后叶质韧,它包裹的肥大的右前叶则较柔软,就象橙子粗糙韧性的外壳和里面柔嫩的果肉,二者之间这种质地的差别有时在切除右后叶的过程中也可以感觉到。切除右后叶的过程就象剥去橙子的外壳,沿二者的这个界线切除右后叶,其上面可避开右肝静脉,可以看到右肝静脉卧在右前叶的表面;其肝的断面上可看到扩张的多条病变胆管树,如人伸开的手指;沿这些病变胆管树继续向肝门部断肝可以避免损伤右前肝管和右肝管。④右前叶的切除,萎缩的右前叶处于左外叶和右后叶之间,切除要从外周向肝门部进行,两个断面的切除交替进行,这样可以确定病变范围。到达肝门部时如果同时做了胆总管切开,此时可以经胆总管放置胆道探子到右前胆管作为鉴别,以免损伤肝门部胆管。⑤病变胆管树的切除,常用于VI段病变胆管的切除,这时在肝脏表面可看到白色树枝状结构,而肝实质萎缩到只剩下薄薄的一层。在预切除胆管树的末梢处切开一点肝实质,剥离出扩张的病变胆管,沿病变胆管树逆行切除,直至其汇入正常胆管处,完整切除病变胆管。该种方法切除的肝组织极少,而且可以完整切除病变胆管,在切除过程中可以非常清楚的看到病变胆管树的分支及范围,而不象肝叶切除那样对胆管的切除只是一种盲切。

总之,根据右侧肝内胆管结石独特的临床病理特点实行的右肝叶切除是一种安全、高效的治疗右侧肝

维普资讯 http://www.cqvip.com

内胆管结石的方法,值得推广使用。

[参考文献]

[1] Sun WB,Han BL,Cai JX. The surgical treatment of isolated left-sided hepatolithiasis:a 22-year experience[J]. Surgery,2000,127(5):493-497.

[2] Chijiiwa K,Yamashita H,Yoshida J,et al. Current management and long-term prognosis of hepatolithiasis[J]. Arch Surg,1995,130(2):194-197.

[3] Chijiiwa K,Kameoka N,Komura M,et al. Heptic resection for hepatolithiasis and long-term results[J]. J Am Coll Surg,1995,180(1):43-48.

[4] Fan ST,Choi TK,Lo CM,et al. Treatment of hepatolthiasis:improvement of result by a systematic approach[J]. Surgery,1991,109(4):474-480.

[5] Chen DW,Tung-Ping-Poon R,Liu CL,et al. Immediate and long-term outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis[J]. Surgery,2004,135(4):386-393.

[6] Hung CJ,Lin PW. Role of right hepatic lobectomy in the treatment of isolated right-sided hepatolithiasis[J]. Surgery,1997,121(2):130-134.

[7] Okugawa T,Tsuyuguchi T,K-C S,et al. Peroral cholangioscopic treatment of hepatolithiasis:long-term results[J]. Gastrointest Endosc,2002,56(3):366-371.

[8] Yeh YH,Huang MH,Yang JC et al. Percutaneous trans-hepatic cholangioscopy and lithltripsy in the treatment of intrahepatic stones:a study with 5 year follow-up[J]. Gastrointest Endosc,1995,42(1):13-18.

[9] Otani K,Shimizu S,Chijiiwa K. et al. Compareson of treatment for hepatolithiasis:hepatic resection versus cholangioscopic lithotomy[J]. J Am Coll Surg,1999,189(2):177-182.

[10] Jan YY,Chen MF,Wang CS,et sl. Surgical treatment of hepatolithiasis:long-term result[J]. Surgery,1996,120(6):509-514.

[11] Kusan T,Isa TT,Muto Y,et al. Long-term results of hepaticojejunostomy for hepatolithiasis[J]. Am Surg,2001,67(5):442-446.

[12] Carlo I,Sauvane T,Belghiti J. Intrahepatic lithiasis:a Western experience[J]. Surg Today,2000,30(4):319-322.

[13] 董家鸿,黄志强,蔡景修,等.规则性肝段切除术治疗肝内胆管结石病[J].中华普通外科杂志,2002,17(7):418-420.

[14] Hung CJ,Lin PW. Role of right hepatic lobectomy in the treatment of isolated right-sided hepatolithiasis[J]. Surgery,1997,121(2):130-134.

(编辑:蒋登金)

3M敷贴及手术贴膜在持续硬膜外麻醉中的巧用

吴治敏,卓 宏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 硬膜外麻醉;敷贴;手术贴膜
[中图分类号] R614.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0243-01

传统的持续硬膜外麻醉,用布胶布固定法固定硬膜外导管,由于面积较小,表面不光滑等缺点,导致麻醉后安置体位时起不到满意的固定效果,甚至导致导管脱出,给患者带来再次麻醉穿刺的痛苦,还延误手术时间,增加医护人员的工作量,我科通过对持续硬膜外麻醉导管固定方法的改进,效果较好,现介绍如下。

1 方法

麻醉医生穿刺成功后巡回护士协助,取一小块约1 cm×1 cm棉球垫在硬膜外导管下方,再用3M的6 cm×7 cm的敷贴以穿刺点为中心固定,然后取3M的含碘手术贴膜,由巡回护士协助麻醉医生以头端为上方,以硬膜外导管为中线平分贴于后背,这样即可安放患者体位。

2 结果与讨论

3M手术含碘贴膜具有表面光滑、皮肤接触面积大、粘和力好等特点,可以解决传统胶布固定法带来的问题。选用3M含碘手术贴膜,能持续释放碘,达到持续消毒的作用,对穿刺点又进一步保护,防止穿刺点感染。3M敷贴内有3 cm×3 cm的吸水海棉,对局部表面的分泌物有吸收功能。3M手术贴膜防水性强,又减轻了局部的磨擦,避免导管脱出,降低了再次穿刺的隐患,还可以预防术中压疮的发生。术毕及时揭下手术贴膜,避免局部皮肤因覆盖时间长而引起患者不适。揭下手术贴膜时注意边压边揭,防止损伤皮肤。此方法取材简单、方便,操作简便快捷。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2007-04-05 [修回日期] 2007-05-16