维普资讯 http://www.cqvip.com

12-13 外科手术 梗阻性黄疸 引流 6

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

手术减黄治疗恶性黄疸 32 例临床探讨

山西铝厂职工医院普外科 陈启铎 陈武清 寻敏生 胡耀东 李俊才
（山西河津，邮政编码 043300）

R575.05 R657.4

恶性肿瘤引起的梗阻性黄疸（简称梗黄），在就诊时常不能做根治性手术。为了延长患者有生存时间，提高生存质量，减黄治疗有着非常重要的意义。我院 1986 年 1 月至 1995 年 1 月手术减黄治疗梗黄 32 例，现总结报告如下。

临床资料

一、一般资料：本组 32 例恶性梗黄中男性 23 例，女性 9 例。年龄 32～64 岁，平均 54 岁。发现黄疸至入院时间 12～237 天，平均 49 天。总胆红素 123～540μmol/L，平均 184μmol/L。术前 B 超检查 32 例，CT 检查 20 例，PTC 检查 8 例。做其中一项、二项、三项检查的诊断符合率分别为 93%、96%、100%。病因：胰头癌 12 例、壶腹癌 6 例、胆囊癌 4 例、胆管癌 10 例。

手术方式：胆肠内引流 22 例、间位胆囊内引流 2 例、支架内引流 4 例、腹外架桥胆肠内引流 4 例。

二、减黄效果：本组术后 30 天内黄疸消退者 24 例，基本消退（血清胆红素为 17.1～20μmol/L）者 5 例，减轻者 3 例（分别比术前下降 113、132.3、187.5μmol/L）。

讨 论

一、手术病例的选择：恶性梗黄患者身心负担很重，易于接受手术。而非手术减黄效果往往欠佳，病人的生存质量下降。因此我们对手术减黄持积极态度。只要无广泛转移、大量腹水、心肺肝肾及凝血功能的严重障碍，能耐受剖腹手术，而无法根治性切除癌肿的患者均为手术减黄对象。我们体会：在这些病例中，低位胆道梗阻为绝对手术适应证，高位胆道梗阻，只要有一侧一级或二级胆管无病变者为相对手术适应证，对高位胆道梗阻，两侧二级以上胆管均有病变者应视为手术禁忌症。

二、手术方式的选择：晚期恶性梗黄患者手术治疗的目的是消退黄疸，提高生存质量，因此手术方式力求简单、有效，并尽量使胆汁引流至肠腔内，防止胆汁长期外流引起酸碱失衡和水电紊乱的发生。术式选择应根据手术中探查情况依次考虑：①胆肠内引流；②支架内引流；③腹外架桥胆肠内引流；④单纯胆道外引流。

1. 胆囊——空肠吻合手术简单，减黄效果好，胆囊有病变时也可选择胆（肝）总管——空肠吻合术。但都仅适用于低位胆道梗阻者。本组前者 13 例、后者 9 例，术后退黄效果好。仅一例胆管癌术后 5 个月黄疸复发，与肿瘤生长速度有关。

2. 高位胆道（含肝总管以上的胆管）梗阻可选择扩张的左、右一级或二级胆管行胆肠吻合内引流；或经肿瘤扩张后置管内引流；或置管腹外架桥胆肠内引流。本组 2 例发源于左肝管的Ⅱ型胆管癌，作者依照黄洁夫报道的方法，经胆囊床穿刺第Ⅴ段肝管抽得胆汁后切开胆囊、右肝管，并切除部分管壁使之形成内瘘，再将胆囊与空肠吻合，引流效果满意。3 例胆囊癌和 1 例肝管癌（Ⅰ型）经瘤体扩张后置“T”管并使上、下臂超过肿瘤，术后两周夹管行内引流。对 4 例肝外病变广泛者经肿瘤扩张后置管引出体外，同时行空肠造瘘，术后两周体外架桥内引流。高位梗阻患者中 2 例退黄不彻底，2 例术后再发黄疸，可能与放管位置不当或管腔堵塞有关。因此对高位胆道梗阻的减黄术有待进一步探讨。

3. 疗效评价：①手术减黄的必要性：减退黄疸是治疗晚期恶性梗黄的主要目的。非手术的胆道引流如 PTCD、ERRCP 及镍钛支撑管的植入等虽有一定的疗效，但由于出血、支撑管的堵塞、脱落等并发症和相应的技术、条件不足等因素限制了在基层医院的应用。因此，手术减黄就成为基层医生治疗晚期恶性梗黄的主要手段，32 例术后一个月内的减黄效果也充分说明了这一点。②生存情况：术后 3 个月存活率为 90.63%（29/30），半年存活率为 71.88%（23/32）。累计存活 1 年以上者 15 例，其中 1 例存活达 4 年 3 月余。目前存活 4 人，分别为术后 7、9、13 及 16 个月。该结果可能与本组的病例选择有关，提示对晚期恶性梗黄的治疗不能轻易放弃。分析本组死亡情况，半年内死亡的 9 例中多与黄疸消退不佳或黄疸再发有

维普资讯 http://www.cqvip.com

13

13 尺侧上副动脉，尺侧下副动脉，共干，肱深动脉，起源？

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 4 期总第 20 期

尺侧上副和尺侧下副动脉共干伴肱深动脉起源变异 1 例

第三军医大学应解手术学教研室 邱全光 李晓林 陈维佩
（四川重庆，邮政编码 630038）

R322.121

解剖资料：在解剖尸体时发现一具成年男性尸体的右侧上肢中存在肱动脉分支多处变异，即尺侧上、下副动脉共干和肱深动脉起源变异。现描述如下：在右上臂上中 1/3 交界处即大圆肌的下缘见一动脉支干从肱动脉主干上发出，并与它呈 60°角，直径 5mm。此支干又再发出三个分支，从上向下分别为：上支（肌支），它与桡神经伴行短暂距离后（约 2cm）即分布于肱三头肌上；中支（尺侧上副动脉），可见该动脉与尺神经伴行至时部，进入尺神经沟之后，与尺侧返动脉吻合，该动脉起始部直径为 1.5mm，在走行过程中管径变化不大，并可见伴行的静脉；下支（尺侧下副动脉），该动脉发出后沿肱骨内嵴向下走行，最后与尺侧返动脉吻合，该动脉起始部直径为 2.5mm。以上三支动脉均从支干上 3mm 处呈扇形发出，上、中分支夹角呈 60°角，中、下分支夹角呈 45°角。此三支动脉并不在一平面上，从前向后依次为：尺侧下副动脉、尺侧上副动脉、肱三头肌肌支。由于在以上解剖中我们并未发现从这一支干上发出的分支全程伴随桡神经走行至臂后区的肱深动脉，故在上臂后部找到桡神经后，再仔细找到肱深动脉并追踪其来源时，发现了另一处的变异：在臂后区四边孔处可见旋肱后动脉与腋神经伴行穿过，此处旋肱后动脉直径约 3.5mm，并可见到该动脉及腋神经的三角肌支。在四边孔的下缘可见旋肱后动脉发出了一分支，此分支与旋肱后动脉呈 90°角，直径 2.5mm。该动脉在臂后部与桡神经伴行，沿途发出许多细小的肌支到肱三头肌，并可见到肱骨的滋养动脉，最后该动脉延续为桡侧副动脉及中副动脉。该动脉在行走过程中没有分支到前臂也未见到与肱动脉的吻合支。上肢肌肉及其起止点、骨骼、神经均未发现变异情况。因此，归纳右上肢存在的变异有：①尺侧上副动脉与尺侧下副动脉共干；②肱深动脉起自旋肱后动脉。

讨论：在以往的文献中曾报道肱深动脉起自不同的部位。有的以单干直接起于肱动脉（57%），有的共干又分 4 种情况：①肱深动脉与尺侧上副动脉共干（18%）；②肱深动脉与旋肱后动脉共干（11%）；③肱深动脉与旋肱后动脉、肩胛下动脉共干（3%）；④肱深动脉与旋肱后动脉、尺侧上副动脉共干（4%）。还有二种为：双共干型：桡侧副动脉与旋肱后动脉共干，中副动脉与尺侧上副动脉共干（2%）；单共干型：桡侧副动脉起于肱动脉、中副动脉与尺侧上副动脉共干（1%）。另外亦有人提出过在肱深动脉发出后到臂后区常有返支与旋肱后动脉吻合（59.6%）。作者认为此例肱深动脉为在臂后区起于旋肱后动脉似属文献中 Basmajian 所描述的肱深动脉 4 种变异类型的第四种（占 6.4%），至于产生这种变异的原因则有两种可能：①在胚胎发育过程中从主干发出了肱深动脉并且有返支，后来肱深动脉退化了，留下了返支及桡侧副动脉、中副动脉；②在发育过程中没有从肱动脉主干上发出过肱深动脉，而直接从旋肱后动脉上发出了。总之，在作者现有的文献中在同一侧肢体上没有见到尺侧上副动脉与尺侧下副动脉共干变异，同时又存在了肱深动脉起自旋肱后动脉的资料。因此，该例上肢存在着的肱动脉分支多处变异实属罕见。

（收稿日期：1996—05—13）

关。半年后的死亡多与肿瘤转移及全身营养不良有关。上述结果表明，减黄手术虽不能根治恶性肿瘤，但可延长患者生存时间，提高生存质量，对恶性梗黄患者有益。

参考文献 略

（收稿日期：1996－03－26）