维普资讯 http://www.cqvip.com

肝管重损伤，肝管-空肠吻合，修复术，创伤(3)

6—8

外科手术

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

肝管一空肠袖套式 Y 形吻合术修复肝管损伤

浙江淳安第一人民医院外一科 徐金木

（浙江淳安千岛湖，邮政编码 311700）

R657.305

A

〔提要〕自行设计肝管——空肠袖套式 Y 形吻合术修复 1 例医源性肝管损伤，达到预期效果。文中介绍了手术方法，并讨论了该术式的优点和肝胆管重建的基本原则。同时，重申胆囊切除术中防止胆管损伤的技术要点。

〔关键词〕医源性损伤；肝管；胆囊切除术；胆

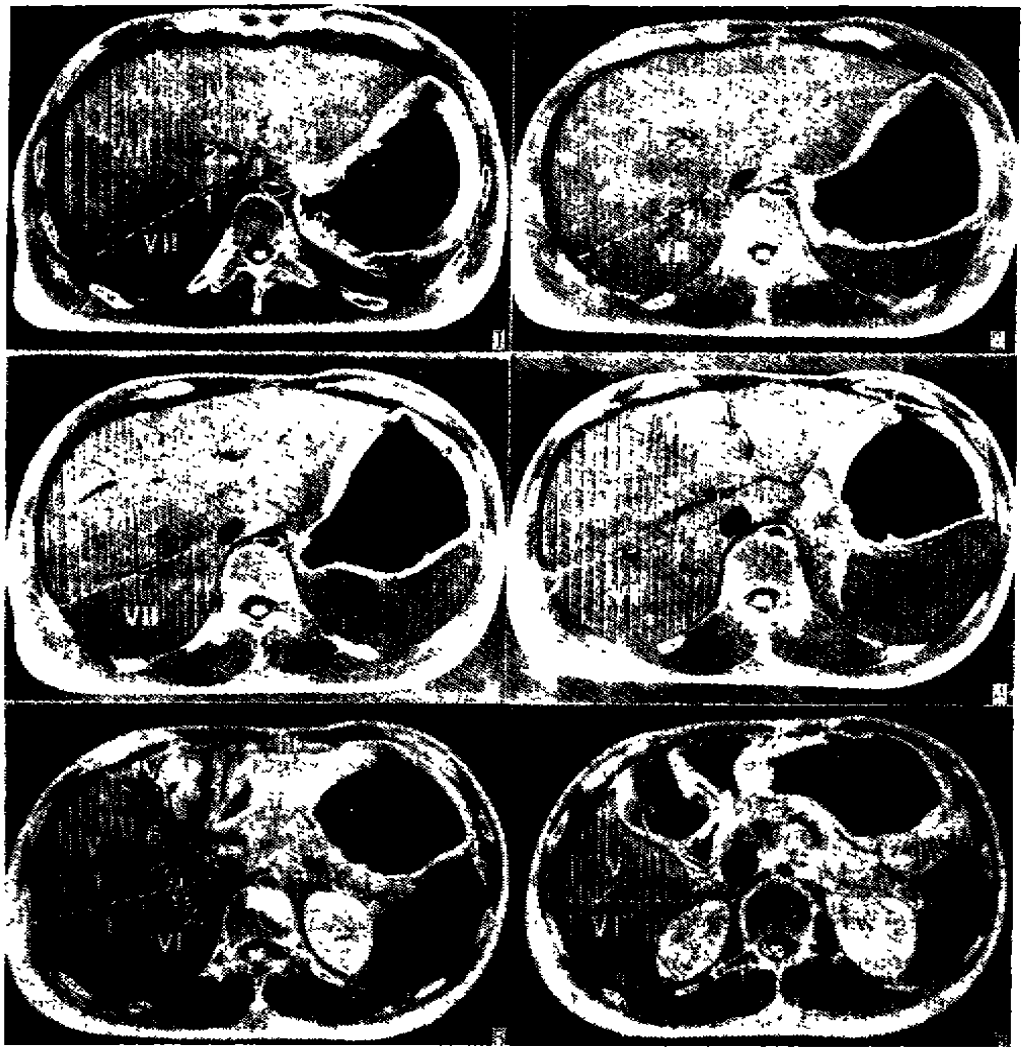


图 1. 经第二肝门的横断面；图 2. 经第二肝门稍下方的横断面；图 3. 经门静脉左支脐部的横断面；图 4. 经肝门的横断面；图 5. 经胆囊的横断面；图 6. 经肝右叶下份的横断面。1. 肝右静脉；2. 肝中静脉；3. 肝左静脉；4. 门静脉左支脐部；5. 段Ⅱ门静脉支；6. 胆囊。

维普资讯 http://www.cqvip.com

肠内引流术。

胆囊切除是普外科常见的手术，在操作过程中容易出现手术失误。肝外胆管损伤也是一种严重的手术并发症，如不及时处理或处理不当，均可造成严重后果。作者近期被邀处理 1 例医源性肝胆管损伤，设计肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术获得满意疗效，介绍并报道如下。

一、手术方法

1. 肝管的处置：在胆囊切除术中发现肝胆管损伤，可见断端或伴有胆汁溢出。术野彻底止血后，将肝管游离 2.0cm，在其前内侧壁纵行切开 1.0cm。若延期手术，分离肝门部瘢痕组织则显示扩张的肝胆管，周围游离和修整断端并作纵行切口。

2. 空肠桥袢的制备：距屈氏韧带 15cm 处将空肠及其系膜分离、结扎、切断，保护血管弓使空肠桥袢有足够的长度到达肝门；根据肝门部组织缺损的大小，把空肠断端修剪成斜面或在对系膜侧纵行切开。

3. 肝管—空肠袖套式 Y 形吻合：空肠桥袢自结肠后提到肝门处，按照损伤肝管的位置从空肠断端（或肠管相应处切开浆肌层）分离粘膜下隧道，并作粘膜切口，把肝管引入隧道，断端外翻后用 4～0 肠线与肠粘膜切口作间断缝合（图 1）；再将空肠桥袢断端或/和切面用 1 号丝线缝合在肝门部缺损创缘（图 2）。相继将空肠近端与空肠桥袢 45cm 处做 Y 形端侧吻合。空肠桥袢及其系膜无张力固定横结肠系膜裂孔和肠系膜切缘的浆膜层。

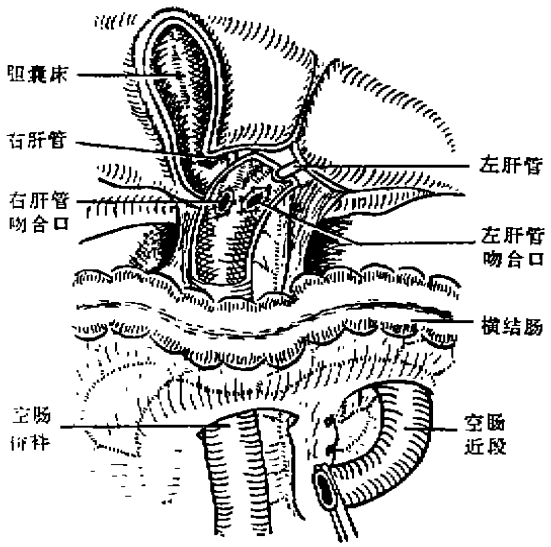


图 1. 肝管—空肠吻合（空肠桥袢近段斜状切面）

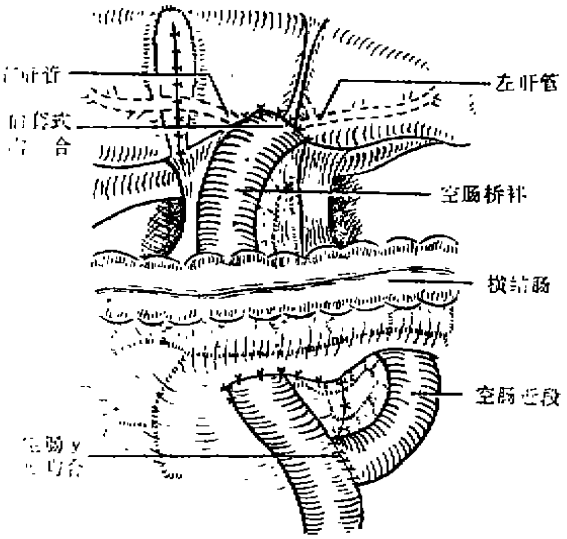


图 2. 肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术（图示吻合完毕）

适应症：本术式是胆囊切除术引起肝外胆管损伤的应急补救措施，适用于肝外胆管不扩张且缺损较大的双侧肝管损伤、一侧肝管伴有小于 2mm 的肝管损伤或可能有未被发现的肝管损伤。

二、病例报告

患者男，39 岁。右上腹间歇性疼痛 8 年，再发 1 天，呈阵发性加剧，向右肩背部放射，伴畏寒、发热，恶心，呕吐，于 1994 年 9 月 18 日入院。检查：T37.8℃，P90 次/min，BP14/8kPa。急性痛苦容，无黄疸，腹软，右上腹压痛，Murphy's sign 阴性。检验：Hb108g/L，WBC9.6×10⁹，N0.90，L0.10；B 型超声波检查：胆囊 10.0×4.0cm，壁厚 0.6cm，腔内探及多枚 0.9×0.8cm 强光团伴声影，肝外胆管不扩张。诊断：胆囊多发性结石，胆囊炎。入院以抗炎、解痉治疗症状缓解，9 月 30 日在持续硬膜外麻醉下手术。术中见胆囊肿大，壁增厚，炎性水肿，与周围粘连。胆囊内扪及多枚结石。胆囊切除后，发现肝门部有 2 条管状结构的断端，

维普资讯 http://www.cqvip.com

掌皮支，正中神经，解剖，外科手术 局部

R61(4)

分别为 0.3cm、0.4cm，并见胆汁外溢，认定为肝管损伤。作者会诊时见肝门部分离面广，大块组织缺损，胆管远端被扎，与肝管断端缺损间距达 3.0cm。遂行肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术。恢复顺利，切口甲期愈合，术后 17 天全愈出院。

讨 论

医源性胆管损伤绝大多数发生在胆囊切除术。本例因慢性胆囊炎的多次发作，胆囊与周围组织粘连，手术时广泛分离并大块切除肝门组织而损伤肝管。因此，胆囊手术时，为防止胆管损伤，准确辨认胆囊管、肝外胆管及胆囊动脉的解剖结构是防范的关键；操作过程中，紧贴胆囊壁在浆膜下分离，避免盲目钳夹、结扎和切除肝门部分尚未辨明的纤维索状组织是必须恪守的操作规程；对于胆囊与肝门部紧密粘连，其解剖和分离困难者，应切开胆囊壁用手指在腔内引导进行剥离也是最安全的操作方法。

胆管损伤的修复和重建，应在良好的麻醉及充分的术野暴露下进行。沿用的术式有胆管修补，胆管对端缝合、胆管十二指肠吻合，胆管空肠 Y 形吻合[1~3]、胆管空肠间置[3]和肝胆管盆式空肠 Y 形吻合术[4]。术式选择应根据胆管损伤的类型、部位，结合局部解剖的条件和病情的程度等具体情况来决定。肝胆管重建的基本原则是：1. 建立通畅的胆肠引流，恢复肝肠循环；2. 减轻吻合口的张力，促进早期愈合；3. 避免胆管狭窄，减少继发病变；4. 防止肠内容逆流，降低胆道感染。

由于本例伤及肝管，胆管大段缺损，况且肝外胆管本身不扩张，故设计肝管—空肠袖套式 Y 形吻合术，能够满足肝胆管重建的基本要求，经临床应用，作者体会具有以下优点：

1. 建立了良好的胆肠通道。凡大于 2mm 的肝管均可与空肠桥袢作粘膜端侧吻合；而小于 2mm 或位置隐匿、损伤后未被发现的肝管（如副肝管）亦可通过袖套式吻合使胆汁引流至肠道。

2. 胆肠吻合口径大，无张力。肝管断端纵行切开，扩大了吻合口径，并且外翻与空肠吻合，使粘膜对合整齐，愈合瘢痕小，胆管狭窄的发生机率低。经袖套式吻合后有效地减轻吻合口的张力，有利于愈合。

3. 具有抗逆流作用。传统的胆肠 Roux－y 术，虽然要求空肠桥袢大于 40cm，但仍有不同程度的返流[4]。本术式将肝管在空肠桥袢上制作了粘膜下隧道，使吻合口上增设一道抗逆流装置，从而降低逆流性胆道感染率。

鉴于本术式的优越性，肝管毋需放置支架管，病程短，恢复快，是修复肝管损伤比较理想的一种手术方法。

参考文献

1. 李永年，周宏良．肝外胆道损伤的预防和处理．浙江医学 1984；6（2）：73.
2. 杨忠义．防治胆管损伤的几点体会．实用外科杂志 1992；12（1）：38.
3. 林攀天，朱汉民，钱允庆．胆管损伤的预防和治疗．实用外科杂志 1985；5（7）：367.
4. 董文忠，赵九恩，陈晓峰，等．7 例医源性胆管损伤的处理体会．实用外科杂志 1991；11（2）：93.

（收稿：1995—02—27）

8—11

正中神经掌皮支的局部解剖

沈阳医学院 姚万才 王效杰

（辽宁沈阳，邮政编码 110031）

R602

R323.71

A

〔提要〕本文对 50 侧成年人的正中神经掌皮支进行了局部解剖学研究，结果如下：50 侧均存在掌皮支，自正中神经桡侧发出，位于掌长肌和桡侧腕屈肌肌腱之间的深方，发出点距离“0”点即远侧腕横纹 46.0mm。掌皮支穿出前臂筋膜处距离 0 点 19.6mm。掌皮支经腕横韧带前方行向手掌，穿出掌腱膜处距离 0 点 8.3mm。掌皮支长度即起点到第一分支间距离为 48.5mm。掌皮支起点宽 1.2mm。掌皮支距舟骨结节垂直距离 8.2mm。掌皮支主要分支分布区域，有 3 个分支