维普资讯 http://www.cqvip.com

652(5)

11—12 肝，尾状叶胆管，形态学，外科手术

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 2 期总第 14 期

肝尾状叶胆管形态及外科临床

淮阴市中医院外科 梁怀清

解放军 169 医院外科 杨东山

（江苏淮阴，邮政编码 223001）

R602

A

〔提要〕本中观察了 32 例成人肝尾状叶胆管的形态及开口位置，并按开口的数目和分布归纳为 4 型，其中 94%（30 例）开口于肝门胆管。观察其中 19 例尾状叶胆管与肝总管角度，发现尾状叶右管与肝总管角度较尾状叶左管与肝总管角度小。指出尾状叶胆管结石形成与尾状叶胆管解剖特点有关。提出在尾状叶胆管结石的治疗上应根据尾状叶胆管及肝脏病损的不同情况作相应处理，方可获满意效果。

〔关键词〕尾状叶；尾状叶左管；尾状叶右管。

在胆道外科中，通常认为肝尾状叶小，尾状叶胆管病变所引起的肝脏病损影响不大，以致不少人对尾状叶胆管结石与狭窄的临床重要性认识不足，对其治疗也缺乏深入研究。为此本文对 201 例成年肝的胆管结石病人合并尾状叶胆管病损的 32 例进行解剖观察，以期为尾状叶胆管手术时提供解剖学基础。

临床资料

本组男 21，女 11。年龄 19～51 岁，平均 36 岁。32 例肝尾状叶胆管均有结石，其中尾状叶右管 22 例，左管 8 例，双侧结石 2 例。有 24 例合并尾状叶胆管狭窄（右 17，左 7）。32 例中尾状叶胆管纤维化 6 例（左 2，右 4），其中 3 例尾状叶右管与右肝同时有纤维化者均有肝门右移与后移。

肝尾状叶胆管的形态

1. 尾状叶胆管开口数目与分布：肝尾状叶胆管的开口可分为 4 型。Ⅰ型为尾状叶左右管分别开口于左或右肝管，Ⅱ型为尾状叶左右管分别或

术后疼痛不止，实际并非减压失败，而是由于术中伤及了掌皮支。有人认为[1]掌皮支痛性神经瘤，从根部切除掌皮支为好。由此可见充分掌握掌皮支的起点，行程及其主要分支分布对手外科有其重要性。

参考文献

1. Carroll RE、Green DP. The sigmificance of the palmar cutaneous nerve at the wrist , Clin Outhop 1977; 83: 24—28.
2. Taleianik J. The palmar cutaneous branch of the median nerve and the approach to the capal tunnel, An anatomical stuoly , J Bone Joint Surg (Am) 1973; 55: 1212—1217.
3. Bexerra AJ, et al. An anatomical study of the palmar cutaneous branch of the median nerre. SRA 1986; 8: 183—188.
4. William FB, et al. Compression meuropathy, Clinical Orthopaedics and Related Research 1982; 163, 21—32.
5. Inglis AE, et al. Median nerve neuropathy at the wrist , Clinical Orthopaedics and Related Research 1972; 83, 49—54.
6. Falconer DM, et al. Anatomic Variation in the motor and aensory supply of the thumb Clinical Orthopaedics and Related Research 1985; 195, 83—96.
7. Moberg E, et al. Objective methods for determining The funetional value of sensibility in the hand, The journal of Bone and joint surgery 1958; 3/40; 454—475.
8. Verdugo MJ, et al. Vasomotor innervation of the skin of the hand; a contribrtion to the study of human anatomy J, Anat 1993; 182; 361—368.

（收稿：1994—06—02）

维普资讯 http://www.cqvip.com

共同开口于肝总管起点中央部；Ⅲ型为尾状叶胆管分 3 支分别开口于肝门；Ⅳ型较少见，即有尾状叶胆管开口于肝外胆管系。

2、尾状叶胆管与肝总管的角度：测量的 19 例尾状叶左右管与肝总管角度平均为 95°，发现尾状叶右管与肝总管较尾状叶左管与肝总管角度为小，平均为 70°。

手术方法

1. 针对肝外及肝门主要胆管的手术，包括有肝外或肝门胆管狭窄的 23 例均行肝外及肝门胆管广泛切开、取石、大口式胆管空肠 Roux—Y 吻合术。肝外及肝门胆管无狭窄的 9 例，仅作肝外胆管切开取石，其中并行“T”管引流 7 例，“u”管引流 2 例。

2. 针对尾状叶胆管的手术有单纯切开取石 13 例，其中并行“u”管引流 2 例。开口部原位整形，取石 15 例。尾状叶左段肝切除，尾状叶左管开口作扩张加“u”管引流和尾状叶胆管扩张部切开取石与空肠吻合术各 2 例。

3. 其它附加手术，主要是去除肝胆病灶，包括胆囊切除 17 例，尾状叶以外各式肝切除术 8 例。

讨 论

1. 尾状叶胆管结石的形成除胆汁淤滞，胆道感染及 β—葡萄糖醛酸酶活性增强的原因外[1,2]，可能主要与尾状叶胆管的解剖特点有关：①90% 以上尾状叶胆管都开口于肝门胆管，此处正是胆管炎性狭窄与结石梗阻的常见部位，其中相当部分可累及尾状叶胆管开口，而致胆汁潴留形成结石；②尾状叶胆管与肝总管角度小[3]，本组病例观察肝尾状叶右管较左管角度小，这可能是右管结石较左管结石多见的原因。

肝尾状叶胆管结石可产生与其它肝胆管结石同样的病理改变。长期结石梗阻与炎症反复发作，不但引起该支胆管狭窄，还可导致尾状叶胆管纤维化或尾状叶肝萎缩。若患侧其他部分肝脏也纤维化，则对侧肝脏代偿性肥大，致肝门向病侧或后侧移位。这是某些肝胆管结石病人肝门显露困难的一个重要原因。

2. 由于本病常与肝门部或肝内外胆管结石梗阻与狭窄并存，而肝门部及肝外胆管又是包括尾状叶胆管在内的肝胆管胆汁排出的总通道。因此将肝门部 1～3 级胆管作广泛切开，解除肝门部胆管狭窄与梗阻是外科治疗的首要环节。在肝外及肝门胆管广泛切开取石后，应仔细探查尾状叶胆管病损，探明胆管开口位置及数目，特别是Ⅱ、Ⅳ型开口容易遗漏致术后肝脏功能难以在短期内恢复。尾状叶胆管开口无狭窄者，可仅行取石治疗（本组 13 例）。若有狭窄则行开口扩大整形，再取石（本组 15 例）。若狭窄轻，也可将狭窄部扩张加“u”管支撑引流。若尾状叶胆管狭窄的上部胆管扩张明显，可经尾状叶肝切开胆管取石后，再行尾状叶胆管空肠吻合，本组有 2 例行此术式，效果满意，若尾状叶胆管结石多，尾状叶肝病损重，可行尾状叶切除，本组 1 例因左半肝有病损，故行连同尾状叶左段在内的半肝切除；另 1 例仅尾状叶病损，仅行尾状叶左段切除。

由于本病是肝胆管结石的一部分，外科治疗必须掌握肝门部内外胆管、尾状叶胆管及其邻近区域的立体解剖知识[4,5]。贯彻去除病灶，解除梗阻和通畅引流的外科治疗原则。本组除肝门及肝外胆管无狭窄的 9 例仅作支撑管引流外，余 23 例均作了大口式肝门胆管空肠 Roux—Y 吻合，其中 2 例同时行尾状叶胆管空肠吻合术。本组 1 例术后死于冠心病，余均治愈出院。除 3 例失访外，余经 1～5 年随访，优良率达 93%。

参考文献

1. 中国人民解放军第三军医大学附一院胆道外科编写组．胆道外科．北京：人民卫生出版社 1976：140.
2. 黄志强，顾倬云主编．肝胆胰外科进展．北京：人民卫生出版社 1987：171.
3. 徐恩多．胆道结构与胆道出血．实用外科杂志 1989：5：253.
4. 刘树伟．肝尾状叶脉管构筑的应用解剖．中国临床解剖学杂志 1991：9：3.
5. 廖亚平编著．肝脏解剖．上海科技出版社 1982：162：154.

（收稿：1995—01—09）