维普资讯 http://www.cqvip.com

11276(8)

结扎。这 9 例中，有 1 例是在术中发现食管床多处有乳糜液外溢，行多处结扎。（即在膈肌上及胸导管破口处均双重结扎）8 例预防性结扎是以 7 号丝线在膈肌上约 5cm 处双重结扎。经用上述方法处理后，术后均未发生乳糜胸。

讨 论

1. **有关胸导管的解剖**：胸导管起于腹腔内的乳糜池，相当于第 1～2 腰椎水平、于第 12 胸椎平面，穿过膈肌的主动脉裂孔，位于主动脉后方，在胸下部行于脊椎前偏右侧，位于主动脉与奇静脉之间、食管之后，至第 4 或第 5 胸椎平面，它自椎体的右前方，从主动脉弓的后方绕过至食管的左缘，然后进入食管后三角，由此向上向前斜行进入颈部，继续向上行于锁骨下动脉后方，向前向下进入颈内静脉与锁骨下静脉交界部。78%的人具有单 1 的胸导管，17%在下部为 2 支，上行后汇成 1 条主干，5%的人一直保留 2 条导管[1]。一般地说：在第 8～12 胸椎之间它总是单枝[2]。胸导管与淋巴系统之间有很多交通支，它除了终于静脉外，与奇静脉、肋间静脉及腰静脉之间也有许多小的淋巴静脉吻合支；从第 6 胸椎以上，每隔几厘米就出现瓣膜，在它进入静脉角处尚有成对的瓣膜，它可使淋巴液在胸导管循一定的方向流动，并防止静脉血反流入胸导管。

2. **关于手术时间**：早年，对于食管癌切除术后乳糜胸多采用保守治疗，但死亡率高[3]。近年，多数学者对早期手术持积极态度。但对于病情发展较缓慢，乳糜量少，病人一般情况逐渐好转者，亦可采用非手术疗法。

3. **关于手术的入路问题**：原则上是在发生乳糜胸的那一侧作切口。也有人主张：发生在术后 7 天以内者，从原切口为好，发生在术后 10 天以上者，以右侧切口为宜，这样可防止因剥离操作而损伤吻合口，造成吻合口瘘。如果发生在双侧，则以右侧切口为妥。我们认为，由于胸导管的解剖关系，在行低位胸导管结扎时，为了在膈上便于寻找胸导管，以右侧切口较方便。近几年来，有人采用右侧腋窝"S"形切口，优点是损伤小，疼痛轻，对呼吸功能影响小，值得提倡。

4. **关于结扎胸导管的部位**：根据胸导管的解剖：在 8～12 胸椎之间单枝者多[2]，如为预防性结扎，应尽量靠近膈肌结扎为好。如术中发现有乳糜液外漏，除行低位结扎外，还要在破口远、近端均以粗丝线双重结扎。我们遇到 1 例，经用上述方法处理后，患者术后恢复顺利。

5. **关于结扎胸导管的术前准备问题**：以往术前准备，除给予支持疗法及尽量抽净胸腔内积液外，还在术前 2～3 小时，给病人口服或从鼻胃管注入 50～100ml 牛奶或混有亲脂性染料的牛奶[4]，促进乳糜液的分泌，便于在术中寻找胸导管的破口部位。从我们在术中发现的 1 例观察，病人在禁食 8～12 小时的情况下，乳白色的液体在手术台上仍能清楚地显示。作者认为此方法并不十分必要。

参考文献

1. 蔡振杰，等. 结扎胸导管治疗食管癌切除术后乳糜胸. 中华外科杂志 1988；5：293.
2. 国外医学外科分册. 乳糜胸 1984；4：219.
3. 黄国俊，等. 食管癌术后乳糜胸的诊断和处理 中华外科杂志 1965；12：130.
4. 王其彰，等. 食管癌术后乳糜胸，中华肿瘤杂志 1982；3：194.
5. 黄国俊，等. 乳糜胸的诊断和治疗，陕西新医药 1985；6：3.

15-16

喉癌部分切除披裂声带重建术

广东深圳市红十字会医院耳鼻喉科 黄志忠 王先金 卢 亮
（广东深圳，邮政编码 518031）

R739.650.5

1973 年 3 月至 1992 年 6 月为 13 例声门型喉癌，下咽癌行垂直半喉、梨状窝部分切除，用附近甲状软骨板外膜、颈前肌群肌膜修复喉腔侧壁，用带蒂的舌骨肌瓣重建披裂声带，共作 13 例。男性 11 例，女性 2 例，男：女为 6.5：1，年龄最大 70 岁，最小 31 岁，平均 53.9 岁，声门型喉癌 11 例，下咽癌 2 例。按 UICC 分类，$T_3N_1M_0$1 例，$T_2N_1M_0$2 例，$T_2N_0M_0$5 例，$T_1N_0M_0$5 例。左侧成型 8 例，右侧成型 5 例。行颈廓清术 3 例。1 例重建声带缝线

喉肿瘤，切除术，声带重建

维普资讯 http://www.cqvip.com

医源性，胆道损伤，诊断，治疗

脱落，声带挛缩成球形。术后局部复发 3 例，$T_1N_0M_0$1 例，$T_2N_0M_0$2 例。复发者改为全喉切除，2 例存活，1 例术后气管造孔周围复发浸及舌根行扩大切除用胸大肌皮瓣修复也未能根治，肿瘤复发死亡。

手术方法：按常规行低位气管切开插管麻醉，行颈廓清，垂直半喉、梨状窝部分切除，彻底切除肿瘤。保留患侧甲状软骨上下缘软骨 2～3mm，保留未被肿瘤浸润甲状软骨板外膜，颈前肌膜肌群作为修复半喉之用，从舌骨正中切取 0.8～1.0cm 舌骨带蒂的颈前肌群，肌肉宽度 0.8～1.2cm，长度与健侧声带等长作为重建披裂声带之用，缝合于病变侧披裂及声带位置，关闭喉腔，逐层缝合肌肉，皮肤。梨状窝部分切除可下鼻饲管。术后一周可堵管讲话，不放疗者可 7～21 天拔管。

讨　论

1. 喉重建术的修复材料多用自体替系氏皮瓣，中厚皮瓣，肌肉，肌膜，甲状软骨膜修复，取材于同一术野，操作方便，损伤小，血运好，不会发生坏死。

2. 半喉切除术如能保留甲状软骨上下后缘软骨 2～3mm，能防止术后患侧喉腔下隔发生喉狭管。

3. 切除舌骨带蒂肌肉瓣宽以 0.8～1.2cm 为宜。如肌瓣宽度过小，术后声门发音关闭不严，声嘶较重，肌瓣宽些，声门关闭良好，发音好。

4. 在切取舌骨带蒂肌瓣时，尽量保护好肌膜，这样术后肌肉瓣肿胀较轻，肌瓣白膜形成及食物残渣附着少，上皮化时间缩短，发音恢复快。如肌膜损或没保留，则相反。

5. 重建后声带表面白膜、缝线及附着物在术后 2～3 个月逐渐脱落上皮化，变为“正常”声带。

6. 重建披裂声带缝合应结实，线头剪短。线头过长为异物，并为食物残渣附着，产生强烈刺激性咳嗽。本文 1 例因强烈咳嗽造成缝线脱落肌瓣挛缩成球状，发音嘶哑。

7. 重建声带确保与健侧声带在同一水平，否则声嘶或双重音。可在健侧甲状软骨前联合处切除小块三角形软骨，重建声带前端嵌入其中，防止声带移位，发音良好。

8. 本文 3 例肿瘤复发，1 例声带缝合线脱落，9 例发音较术前明显好转，有的病人恢复了原工作，病人全部拔除气管套管，呼吸，吞咽，发音三功能恢复良好，提高了病人生存质量。

（收稿：1993－11－22）

16－18

医源性胆道损伤的诊断与治疗

郑州铝厂职工医院外科　季　节

（河南郑州，邮政编码 450041）

R657.4

医源性胆道损伤是上腹部手术、尤其是胆囊切除手术的一种严重并发症。文献报告医源性胆道损伤占胆道手术的 0.78%[1]。常见的原因是胆囊切除时误伤胆总管[2～4]。据 Kune[5]、Schriefers[6]和 Ehlert[7]报告，平均 300～500 次胆囊切除手术中有 1 次误伤胆道。而彭氏报告该并发症占胆道手术的 0.24%[8]。医源性胆道损伤的处理是外科的一个难题[9]，高焱明报告[10]最高的疗效占病例组的 87.8%。本文就医源性胆道损伤的诊断与治疗加以评述。

一、诊断问题

1. 术中诊断：Andren－Sandberg[11]报告 87%的胆道损伤在术中被发现。而 Pitt[12]的病例组中仅 25%在术中发现。多数作者报告在术中发现的只占病例一小部分[4,13～15]。以下问题有助于术中诊断：①术野渗胆，注意胆汁渗出的部位和口径的大小。②肝十二指肠韧带或肝门区异常开口，并注意有无胆汁流出。③检查切下的胆囊标本，查明标本上的管道是否与手术所见相符。①手术结束时再次检查术野的解剖关系，注意十二指肠到肝门这一段胆管是否完整，结扎的胆囊管的残端和胆总管的解剖关系。⑤注意解剖关系的异常。

2. 术后诊断：①据上腹部手术后，尤其胆囊切除手术后，由肝下引流管流出大量胆汁[16]，诊断一般不难明确。②术后 12～48 小时内出现黄疸，并逐渐加深，除外肝细胞性黄疸，应考虑胆道