

## 术中发现的变异右肝管损伤9例的临床诊治分析

朱志杨 任培土 鲁葆春 沈志宏

医源性胆管损伤的处理仍是肝胆外科面临的一个棘手问题,其不仅可导致胆瘘、黄疸、胆管狭窄等的发生,处理困难,后果严重<sup>[1]</sup>,影响患者的长期预后,而且还增加了不必要的医疗负担<sup>[2]</sup>。肝外胆管变异率极高,其中大部分变异发生在右侧肝管,在胆囊手术中,极易损伤变异的右肝管,如果处理不当,可能带来严重后果。本次研究对9例术中发现的变异右肝管损伤进行临床诊治分析。现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年8月至2018年8月绍兴市人民医院术中发现的变异右肝管损伤9例,其中男性5例、女性4例;年龄45~61岁,平均年龄(52.23±3.87)岁;8例为左、右肝管低位汇合,1例为胆囊管汇入右肝管;8例行腹腔镜下胆囊切除术,1例行腹腔镜下胆囊癌根治术;既往有上腹部手术史3例;合并有高血压病史2例、糖尿病病史2例、心脏病1例、肝硬化2例,脑血管意外病史1例;6例表现为右上腹部间断性腹痛,伴有发热,无明显黄疸,3例无明显腹痛发热等临床表现。

1.2 方法 术中发现右肝管损伤后,立即予以处理。其中4例缺损<1 cm右肝管损伤者行右肝管端端吻合术,去除坏死的组织,将新鲜、光整的胆管行端端吻合,T管做胆道支撑。4例缺损1~3 cm右肝管损伤者行右肝管-左肝管端侧吻合术:修整右肝管断端备用,适当游离十二指肠及肝十二指肠韧带,使左肝管有一定的活动度,切开左肝管右侧壁约2 cm左右,做右肝管-左肝管端侧吻合,T管做胆

道支撑,T管2个支撑臂分别放入左肝管的近期和远端,再通过T管放置12号硅胶管一根至右肝管,做右肝管支撑管。1例胆囊管汇入右肝管,右肝管前壁缺损4 cm,用带蒂胆囊壶腹部修补缺损的右肝管,T管胆道支撑。

### 2 结果

9例患者中,8例术后无腹痛发热、无漏胆等并发症,出院前复查肝功能正常,痊愈。1例患者少量胆漏,每天引流液为草绿色胆汁50 ml左右,引流通畅,无腹痛发热等不适,术后12 d引流管无明显液体引出,复查腹部CT无明显积液,予拔管,治愈后出院。9例患者均获得随访,一般情况良好,无腹痛发热,无肝功能异常,无胆红素升高。近期2例腹部增强CT检查、7例磁共振胰胆管成像检查,胆道未见明显狭窄。

### 3 讨论

胆管损伤可见于任何肝胆外科手术,但主要见于胆囊切除术。肝外胆管变异率极高,文献报道其发生率为14%~28%<sup>[3]</sup>,主要包括左右肝管低位汇合、胆囊管汇入右肝管等,有些患者右肝管可进入十二指肠,甚至有右肝管直接进入十二指肠降部侧壁或后方的报道<sup>[4]</sup>。在胆囊手术中,极易把变异的右肝管误认为胆囊管结扎离断,引起严重后果。

目前,临床上处理胆道损伤时多采用胆肠吻合术,但是胆肠吻合后破坏了原来正常的胆、肠生理结构,破坏了Oddi括约肌功能,导致术后胆道返流、反复胆管炎及胆肠吻合口狭窄等一系列相关并发症,为患者带来长时间的痛苦<sup>[5]</sup>。中华医学会制定的胆管损伤诊断和治疗指南(2013版)建议胆管端端吻合、端侧吻合为首选治疗方式<sup>[5]</sup>。本组9例右肝管损伤处理中,采用了右肝管缺损修补及右肝管端端吻合、右肝管-左肝管端侧吻合3种处理方式,尽量避免采用胆肠吻合的手术方式,本组9例处理方

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.03.023

基金项目:浙江省医药卫生科技平台项目(青年人才)(2018RC077)

作者单位:312000 浙江绍兴,绍兴市人民医院、浙江大学绍兴医院肝胆外科

法,保持了正常胆肠的解剖通路,保护了Oddi括约肌功能,可避免术后胆道逆行感染。9例患者均获得了满意的疗效,患者均顺利出院。随访未见明显胆管炎、胆道狭窄等并发症。

本组中有4例为右肝管缺损在1 cm以内的横断伤,行右肝管端端吻合术;有4例为右肝管缺损在1~3 cm的横断伤,采用右肝管与左肝管行端侧吻合,在吻合时可以把右肝管断面修剪成斜面,这样可以增加吻合口直径,减少吻合口狭窄的发生率。同时需要通过T管放置右肝管支撑管,以减少胆漏及吻合口狭窄的发生率。有些低位汇合的右肝管,虽然缺损较多,甚至大于3 cm,但肝外部分较长,横断后右肝管近端仍保留一定距离,通过一定技巧仍能完成右肝管-左肝管端侧吻合:①解剖肝板,适当延长右肝管近端及增大左肝管活动度。②游离十二指肠及胰头部,解剖肝十二指肠韧带,增加左肝管左右活动度。③游离右侧肝周韧带,离断肝圆韧带,以减少吻合口张力。④肝管端端吻合术后必须放置合适的T管,右肝管-左肝管端侧吻合术后必须放置右肝管支撑管,需放置3~6月。胆道内放置T管或支撑管引流是预防胆瘘、胆道狭窄及腹腔内感染的一种有效的方法。

综上所述,由于肝外胆管系统变异较高,术中易损伤变异的右肝管。对于术中发现的变异右肝

管的损伤,采用右肝管缺损修补、右肝管端端吻合、右肝管-左肝管端侧吻合等处理方法,获得了满意的疗效,是可行的处理方式。但本次研究也存在不足之处:病例数量相对较少、随访时间相对较短,有待积累更多的病例,延长随访时间以观察远期有无胆管狭窄等并发症。

#### 参考文献

- 1 任培土,陈志良,鲁葆春,等.腹腔镜胆囊切除致胆管高位损伤的处理[J].中华普通外科杂志,2010,25(9):765-766.
- 2 Hariharan D, Psaltis E, Scholefield JH, et al. Quality of life and medico-legal implications following iatrogenic bile duct injuries[J]. World J Surg, 2017, 41(1): 90-99.
- 3 郑和鸣,蔡秀军,李立波,等.腹腔镜胆囊切除术中右副肝管及右肝管损伤的预防及处理[J].中华普通外科杂志,2010,25(5):363-366.
- 4 朱志杨,任培土.左、右肝管低位汇合的诊断和临床意义[J].中华普通外科杂志,2014,4(39):289-291.
- 5 中华医学会外科学分会胆道外科学组.胆管损伤的诊断和治疗指南(2013版)[S].中华消化外科杂志,2013,12(2):81-95.

(收稿日期 2018-12-18)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第261页)

- 3 Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version)[J]. Cephalalgia, 2013, 33(9):629-808.
- 4 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病组.中国颅内静脉血栓形成诊断和治疗指南2015[S].中华神经科杂志,2015,48(10):819-829.
- 5 Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks[J]. Cephalalgia, 2008, 28(12):1345-1356.
- 6 Berroir S, Grabli D, Heran F, et al. Cerebral sinus venous thrombosis in two patients with spontaneous intracranial hypotension[J]. Cerebrum Dis, 2004, 17(1):9-12.
- 7 Collange O, Wolff V, Cebula H, et al. Spontaneous intra-

cranial hypotension: an etiology for consciousness disorder and coma[J]. A & A Case Reports, 2016, 7(10):207-211.

- 8 Kinney MO, Mccarron MO. Intracranial hypotension and venous sinus Thrombosis: two postpartum headaches[J]. Postgrad Med J, 2011, 87(1030):571-572.
- 9 Wang YF, Fuh JL, Lirng JF, et al. Spontaneous intracranial hypotension with isolated cortical vein thrombosis and subarachnoid haemorrhage [J]. Cephalalgia, 2007, 27(12):1413-1417.

(收稿日期 2019-02-10)

(本文编辑 蔡华波)