

# 肝左外叶切除术治疗肝内胆管结石 26 例

赵 峰

(广西大新县人民医院普通外科, 大新县 532300)

**【摘要】 目的** 探讨肝左外叶切除术对肝内胆管结石的治疗效果。**方法** 26 例肝内胆管结石患者均采用左肝外叶切除术治疗。**结果** 26 例患者均顺利完成手术, 取净结石 19 例(73.1%), 结石残留 7 例。术中大出血 1 例, 胆瘘 1 例, 肺部感染 1 例, 切口感染 1 例, 经相应处理均治愈。**结论** 左外叶切除术治疗肝内胆管结石术式简单, 安全有效。

**【关键词】** 肝内胆管结石; 肝叶切除

**【中图分类号】** R 657.3 **【文献标识码】** A

**【文章编号】** 0253-4304(2010)03-0326-03

肝内胆管结石在我国发病率高, 病情复杂, 常伴有胆管狭窄, 处理常较困难, 需针对不同情况给予个体化处理, 肝内胆管结石率左肝比右肝高。肝左外叶切除相对较为简单, 可清除大部分左肝内胆管结石, 并可为右肝内胆管结石的处理及为肝门部胆管狭窄矫正手术提供便利, 常能取得较好的治疗效果。我院行肝左外叶切除术治疗左肝内胆管结石 26 例, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 2006 年 1 月至 2009 年 6 月我科收治肝内胆管结石患者 26 例, 其中男 10 例, 女 16 例; 年龄 33 ~ 76(51.7 ± 10.9) 岁; 病程 2 ~ 40 年。26 例患者均有腹痛史, 部分患者有黄疸。术前均行 B 超及 CT 检查确诊, 其中左肝内胆管结石 16 例; 左右肝内胆管结石 10 例; 合并左肝管狭窄 7 例, 右肝管狭窄 2 例, 肝门狭窄 4 例, 26 例均合并肝外胆管结石。术前肝功能检查 Child A 级 25 例, B 级 1 例。既往有 1 次胆道手术史 6 例, 2 次以上手术史 1 例。

**1.2 手术方式** 26 例行开腹肝左外叶切除术。游离、显露第一肝门, 胆囊尚未切除者切除胆囊, 切开胆总管取石, 离断肝左叶肝周韧带及粘连组织, 阻断(或不阻断)左半肝入肝血流, 自膈面向第二肝门、由下而上、由浅入深离断肝左外叶, 通过肝内外胆管开口用胆道镜全面探查肝内外胆管并取出残余石, 无结石残余和(或)胆管狭窄者直接放置 T 管; 有结石残余和(或)胆管狭窄者, 根据具体情况行不同形式的胆管成形术: 行胆囊切除、肝左外叶切除、胆总管 T 管引流术 16 例, 胆囊切除、肝左外叶切除、游离空肠袢胆管成形术 2 例, 肝左外叶切除、游离空肠袢胆管成

形术 4 例, 胆囊切除、肝左外叶切除、肝胆管盆式空肠吻合术 1 例, 肝左外叶切除、肝胆管盆式空肠吻合术 3 例。

## 2 结果

本组 26 例患者均顺利完成手术治疗。手术时间 120 ~ 180 min, 平均 135 min; 出血量 300 ~ 1 500 ml, 平均 560 ml。大出血 1 例, 出血量 1 500 ml, 为 2 次手术, 胆道感染、分离粘连时创面广泛渗血, 经输血、止血及干纱布垫压迫后渗血停止。术后经 B 超或 CT 及 T 管造影证实取净结石 19 例占 73.1%, 结石残留 7 例占 26.9%, 其中 5 例结石位于肝右叶, 2 例结石位于肝左内叶, 经纤维胆道镜取石后再经 B 超复查未见结石; 胆瘘 1 例, 经持续引流治愈; 肺部感染及切口感染各 1 例, 均保守治疗治愈。无手术死亡病例, 无肝衰竭、休克、败血症等严重并发症。

## 3 讨论

随着我国人民生活水平的提高和饮食习惯的改变, 胆囊结石已成为我国胆石病的重要临床类型, 在广大农村及沿海地区, 肝内胆管结石仍占相当的比例<sup>[1]</sup>。在广西, 肝内胆管结石占全部胆石病的 28%, 其职业分布农民占 71%<sup>[2]</sup>。肝内胆管结石的特点是结石沿肝内病变胆管树状分布, 常合并胆管狭窄, 易反复发生胆道感染, 可导致肝实质纤维化、萎缩, 胆汁性肝硬化, 甚至诱发胆管癌。肝内胆管结石的分布, 可是散在的, 局限于某一叶、一段或一侧, 亦可以是弥漫性的, 遍布于肝内各主要胆管。但由于解剖的原因(左外叶以及左肝外叶下段胆管都是从下往上方向引流胆汁, 而左肝管则从后外向内引

流),左肝更易形成和存留结石,故左肝结石的发生率比其他肝段多见<sup>[3]</sup>。

目前肝内胆管内结石的治疗仍以手术治疗为主,基本原则是“解除梗阻、去除病灶、通畅引流、留有后路”<sup>[4]</sup>。去除病灶包括结石、病变节段的肝内胆管树和不可恢复的肝组织,是手术治疗的核心。切除萎缩纤维化的肝叶或肝段是解除肝内胆管狭窄、去除病灶和取净结石的一种手术方式。许多研究表明,肝切除术仍然是肝内结石的主要治疗手段,疗效也较好<sup>[5]</sup>。临床上,肝左外叶胆管结石最为常见,故肝左外叶切除术是最常用的手术方式,约占肝内胆管结石肝叶切除病例的85%<sup>[6]</sup>。该手术容易掌握,安全有效,已成为治疗肝内胆管结石最常用的肝部分切除手术类型<sup>[7]</sup>。从临床病理资料来看,肝内的结石和病变呈节段性分布,结石多发生于两肝管汇合处以上,该处肝管略呈扩张,使汇合部相对缩窄,结石易于嵌顿,并在上方形成继发性结石,向肝脏周围胆管内堆积,以左侧肝内胆管较多,如单从胆总管取石,结石很难取净,同时胆管狭窄不能解决,病肝未切除,结石残石率及复发率高。肝左外叶切除不仅解除了肝左外叶节段性狭窄及囊性扩张和其内结石,而且通过扩张左肝内胆管的残端,较易取出左肝内叶及部分肝右叶的结石,同时也是左肝管全程剖开的基础。我们的做法是,行左肝外叶切除后,对肝管内直视下不能取出的结石,从扩张的胆管残端及胆总管用手指触及结石,然后用器械取出。术中行胆道镜检查,了解胆道有无狭窄及结石残留,对有胆管结石而不能用取石钳或取石匙取出者,在胆道镜下用取石篮取石。如结石仍未能取净,结合术前B超、CT检查确定尾叶胆管、右肝内胆管残余较多结石,则将左肝管断端游离,沿左肝管向胆总管联合切开,造成一个广宽的开口,同时切开狭窄处,并对左内叶胆管进行探查,这样能较好地显露右肝管、尾状叶胆管的开口,能进一步探查和清除结石,方便下一步处理。

肝胆管狭窄是肝内胆管结石外科治疗的障碍,80%的手术治疗失败由此引起。肝管狭窄时,重要的是从肝门部切开第二、三级肝管以清除结石,而肝管成形术则是其中重要的步骤<sup>[8]</sup>。如何才能彻底解除胆管狭窄,笔者的体会是,显露是关键。必须尽可能显露二级或二级以上胆管,才能真正做到直视下高位胆管Y型切开直至狭窄以上,并能获得一个宽大的胆肠吻合口,同时利于肝内胆管取石。肝胆管狭窄好发部位是靠近肝管的汇合部,所以常见于肝总管上端、左肝管开口及横部、左外段肝管汇合部、右肝

管、右后肝管汇合部、右前肝管。对于局限于某肝叶、段胆管结石并相应胆管狭窄,行规则肝叶、段切除最合适,不必加行胆肠吻合术。本组病例我们用胆道镜检查明确狭窄部位,位于左外段肝管汇合部直接行胆囊切除、肝左外叶切除、胆总管T管引流术;位于肝总管上端、左右肝管开口侧切开(横部狭窄者必要时行左肝管向胆总管联合切开),按“广泛切开、大口吻合”的手术原则对狭窄胆管进行整形、修复,形成宽大的吻合口,然后用胆道镜检查奥迪括约肌的状态,如果存在奥迪括约肌松弛或狭窄,或胆总管扩张大于2.0 cm则需要做胆肠吻合术,否则行游离空肠袢胆管成形术。本组有6例患者行游离空肠袢胆管成形术,4例行胆肠吻合术,均取得较好的治疗效果。特别是游离空肠袢胆管成形术,既达到成形后修补又为今后治疗提供了条件,满足“清除结石、纠正狭窄、切除病灶、通畅引流、留有后路”<sup>[9]</sup>的治疗要求。

左肝外叶切除术已成为治疗肝内胆管结石最常用的肝部分切除手术方法,术前选择合适的病例,肝左外叶切除往往能取得较好的效果。但左肝外叶切除术后仍有一定比例残余结石的发生,本组达26.9%(7/26),特别是结石散在于肝左右叶Ⅲ级以上胆管患者。本组7例结石残留患者中,术后经B超或CT及T管造影证实5例位于肝右叶,2例位于肝左内叶,最后通过经纤维胆道镜取石治愈。对于左肝内叶胆管结石和胆管狭窄比较明显的患者,有学者认为应行左半肝切除术,对此我们持谨慎支持的态度,因为临床上肝管分叉部左、右肝管汇合的解剖学变异比较常见,稍有不慎则可能酿成严重后果。对于该类病人,我们的体会是将左肝管向胆总管联合切开,能基本取净肝左内叶结石,对狭窄胆管也能充分整形;结合术前B超及CT检查,明确不存在分裂型右肝管,同时左半肝有明显萎缩者方考虑行左半肝切除术。肝右叶胆管内结石因解剖位置深、手术难度大,如肝叶及段萎缩不明显者,主要采用狭窄纠正和放置支撑管治疗,必要时通过术后胆道镜取石治疗。

肝左外叶切除术在肝内胆管结石治疗中较为常用,它切除了病肝,易取净结石,同时使矫正的胆管狭窄更容易地选择合理的重建方式,符合黄志强<sup>[10]</sup>教授提出的“去除病灶、取尽结石、矫正狭窄、解除梗阻、通畅引流、防止复发”外科治疗原则。肝左外叶切除术较容易掌握,安全有效,如术前选择合适的病例,对肝内胆管结石,特别是左肝内胆管结石,往往能取得较好的效果。

## 参 考 文 献

- [1] 陈积圣,巴明臣.胆石病谱的变迁和诊治进展[J].新医学,2003,34(11):717-718.
- [2] 刘家奇,陈希纲,王文光,等.广西地区肝内胆管结石的调查和治疗[J].中华普通外科杂志,2000,15(10):593-596.
- [3] 梁力建,汤地.原发性肝内胆管结石的手术治疗[J].中国实用外科杂志,2001,21(8):492-493.
- [4] 冯虎翼,孙科,刘作金,等.外科治疗198例肝内胆管结石[J].重庆医学,2009,38(10):1221-1224.
- [5] 刘全庆.左肝叶切除术在治疗左肝内胆管结石的应用(附25例报告)[J].广西医学,2002,24(9):1362-1363.
- [6] 黄志强,黄晓强.黄志强肝脏外科手术学[M].第2版.北京:人民军医出版社,2007:333.
- [7] 邓美海,汤照峰,刘波,等.左肝外叶切除术治疗肝内胆管结石效果的评价[J].中国实用外科杂志,2006,26(6):437-438.
- [8] 黄志强,黄晓强.肝胆胰外科聚焦[M].北京:人民军医出版社,2005:271.
- [9] 黄廷庭,王正康.腹部外科新手术[M].第2版.北京:中国协和医科大学出版社,2007:267.
- [10] 黄志强.肝内胆管结石手术方法的选择[J].中国实用外科杂志,1994,14(3):137-139.

(收稿日期:2009-12-20 修回日期:2010-01-21)

## 静脉麻醉下结肠镜单人操作检查回肠末段的体会

卢杰夫 黎波 彭卓翥 梁雪 陈国忠

(广西中医学院第一附属医院消化内科,南宁市 530023)

**【摘要】** 目的 总结静脉麻醉下结肠镜单人操作检查回肠末段的操作技巧。方法 采用静脉麻醉单人操作法,在电子结肠镜检查全结肠的基础上进入回肠末段检查,总结操作技巧。结果 4115例病人,肠镜到达回肠末段4014例,成功率达97.5%。结肠镜到达回肠末段时间3~48(11.2±1.6)min。插镜至回盲部所需镜身长度:<60cm 610例,60~80cm 2415例,>80cm 989例。发现回肠末段病变630例,占15.7%,其中回肠末段炎174例,淋巴滤泡增生症232例,溃疡性回肠炎66例,回肠克罗恩病52例,回肠结核32例,回肠末段钩虫感染44例,回肠末段出血10例,回肠息肉13例,回肠末段恶性淋巴瘤7例。101例未能到达回肠末段的病人中,有57例结肠癌,10例结肠重度炎症致肠腔狭窄,14例有腹部手术史,7例为腹部包块伴有大量腹水,还有13例因肠道清洁不充分无法找到肠腔。结论 回肠末段病变具有多样性,在结肠镜检查时应重视回肠末段检查。掌握静脉麻醉下结肠镜单人操作的技巧,遵循循腔进镜、勾拉、抽气、旋进、旋退、滑镜,变换患者体位等基本原则,以充分发挥单人操作灵活多变的优越性。

**【关键词】** 电子结肠镜;回肠末段;静脉麻醉;单人操作法

**【中图分类号】** R 574.62 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2010)03-0328-03

随着电子结肠镜的广泛应用和操作技术不断提高,很多医院已经把回肠末段检查列入结肠镜检查常规方法,回肠末段的病变也越来越多地被发现<sup>[1]</sup>。我院2004年1月至2009年6月采用静脉麻醉电子结肠镜单人操作法,在检查全结肠的基础上进入回肠末段检查。现就单人操作手法介绍如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组4115例患者,男1971例,女2144例。年龄2~93岁,平均47.2岁。临床表现:便血627例,腹泻908例,便秘691例,腹痛742例,腹部肿块295例,腹部手术史341例,不明原因贫血

368例,发热143例。病程1个月至10年。

1.2 检查方法 采用Olympus GIF240、260AI型及Fujinon EC590MW型电子结肠镜检查。操作前常规清洁肠道,禁食;了解患者病情及主要化验结果,判断主要脏器的生理功能完好性,评估操作过程中的耐受性,患者或家属签知情同意书。麻醉术前建立静脉通道,并以3L/min流量持续鼻导管给氧。均采用静脉麻醉:静脉注射东莨菪碱0.3mg和芬太尼0.5mg,然后用异丙酚1~1.5mg/kg,30~40s内静脉注射,待患者入睡,睫毛反射消失,呼吸平稳后开始进行结肠镜检查。若患者在检查过程中清醒或因牵拉导致不自主动作较多时,可追加异丙酚用量,但要以最小剂