

GANDANYI
WAIKE
JIZHENG BINGAN
JINGXUAN

肝胆胰外科 急症病案精选

吴金术 / 著

 湖南科学技术出版社



GANDANYI
WAIKE
JIZHENG BINGAN
JINGXUAN

肝胆胰外科 急症病案精选

吴金术 / 著

 湖南科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

肝胆胰外科急症病案精选 / 吴金术著. -- 长沙 :
湖南科学技术出版社, 2011.5
ISBN 978-7-5357-6702-8

I. ①肝… II. ①吴… III. ①肝疾病: 急性病—外科学—病案—分析②胆道疾病: 急性病—外科学—病案—分析③胰腺疾病: 急性病—外科学—病案—分析 IV. ①R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 086784 号

肝胆胰外科急症病案精选

著 者: 吴金术

策划编辑: 曹 鹍

文字编辑: 康建新

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731 -84375808

印 刷: 长沙湘诚印刷有限公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 长沙市开福区伍家岭新码头 95 号

邮 编: 410008

出版日期: 2011 年 5 月第 1 版第 1 次

开 本: 889mm×1194mm 1/16

印 张: 14.25

字 数: 397000

书 号: ISBN 978-7-5357-6702-8

定 价: 148.00 元

(版权所有 · 翻印必究)

前 言

目前我国的肝、胆、胰外科急症呈现逐年上升趋势，严重影响着人民的健康。病情急骤、多科交叉、病情阴霾迷雾、诊治困难、处理紧急、易发生医疗纠纷是这类急症手术的显著特征。面对种种特殊的情况、特殊的环境，如何将手术的思路、决策与手术技巧相结合去成功救治患者，成了我写这本书的目的。

本书所说的手术思路是指对肝胆胰急腹症的诊断、急救方式以及术中意外的紧急处理的思考过程；决策是指在思路基础上孕育的治疗决定和信心，实施是为实现决策采用的具体的技巧。思路、决策和手术台上的技巧一脉相传，相互套接，只有清晰的思路才会有准确的决策，从而产生完成决策的精准的实施技巧。这些思路、决策和技巧环环相扣，彼此互动，从而促使肝胆胰外科医学事业的发展，提高和完善医生的手术水平，最终目的是为了更好地保障人民的健康。

以法律指导医疗行为，控制损伤、救命第一是我们手术思路的灵魂和外科处理的原则，对外科手术及治疗环境的决策是实施外科手术技术的精髓。

笔者近两年在湖南省人民医院及各地医院参与救治肝、胆、胰、脾、十二指肠急症和参与术中出现意外的手术 600 多例，本书精选出其中的病案约 60 余例，对每个病案的治疗思路、决策、技巧均予以详尽、如实的介绍，并配以彩色手术写真图和线条图。全书图文并茂，使读者有身临其境之感。每个病案均设置 [反思] 这一栏目，围绕手术的全过程展开讨论，总结经验与教训，希望青年医生们能举一反三，触类旁通地拓宽解决难题的思路，不断提高临床医师诊治急症的思路及决策能力，能较好地掌握肝、胆、胰外科急症手术的技巧。本书适合各级临床医生及肝胆外科专科医护人员使用。

借此书出版之际感谢各级领导、同事对我多年来工作的大力支持和鼓励，感谢病友们对我的厚爱。由于时间匆促、水平有限，书中错误难免，恳请各位同道及读者批评、指正。

吴金术

2011 年 1 月 6 日

目 录

第一章 肝脏外科急症	(1)
病例一 左肝巨大血管瘤并肝坏死, 急施Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝切除术	(1)
病例二 左肝巨块型肝癌破裂, 急施Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝切除术	(5)
病例三 肝胆管结石并 AOSC, 急施双口胆肠 Roux-en-y 术	(7)
病例四 肝胆管结石并胆管癌、AOSC, 急施右半肝切除术	(11)
病例五 外伤性肝破裂Ⅴ级并失血性休克, 施右半肝切除、肝后下腔静脉修补术	(15)
病例六 多次胆道术后并发高位 AOSC, 急施肝方叶、左肝外叶切除术	(17)
病例七 右肝内胆管结石并胆管癌、AOSC, 施扩大右半肝切除、节段性门静脉切除吻合术	(21)
病例八 肝胆管结石、AOSC, 急施右肝、全尾叶切除术	(24)
病例九 巨块型右肝细胞癌并肝坏死, 急施右肝三联切除术	(27)
病例十 外伤性肝破裂并胆道损伤, 肝修补、胆总管 T 形管引流术后胆汁性腹膜炎、出血, 施“窑洞式”胆道外引流术	(30)
病例十一 肝胆管结石、AOSC, 经Ⅱ、Ⅲ段肝结石感途径取石, 长臂 T 形管放置	(33)
病例十二 外伤性肝破裂右半肝切除术后, 左肝管狭窄、胆汁性肝硬化、黄疸 13 年, 并 AOSC, 施胆肠 Roux-en-y 术	(36)
病例十三 全肝结石、一级肝门狭窄、AOSC, 施左肝外叶切除、肝胆管盆 Roux-en-y 术	(39)
病例十四 右肝结石、右肝管口狭窄、AOSC, 施扩大右半肝切除术	(42)
病例十五 残留肝胆管结石、AOSC, 急施切除左半肝、肝胆管盆 Roux-en-y 术	(45)
病例十六 外伤性肝破裂、支气管胆瘘, 施右半肝切除术	(48)
第二章 胆道外科急症	(52)
病例一 残留肝胆管结石并重度黄疸、AOSC, 急施胆总管探查、T 形管引流术	(53)
病例二 结石性慢性胆囊炎急性发作、AOSC, 施胆囊切除、胆总管 T 形管引流、十二指肠瘘修补术	(58)
病例三 医源性近段胆管损伤Ⅲ型, 施 T 形管支撑、脐静脉片粘贴	(61)
病例四 医源性近段胆管损伤Ⅳ型, 并胆汁性腹膜炎, 施腹膜腔清创、胆管修补、T 形管引流术	(63)
病例五 结石性急性胆囊炎、坏死, 合并严重冠心病等, 急施胆道造瘘术	(66)
病例六 肝、胆囊、胃结核, AOSC, 施胃次全切除、肝胆管盆 Roux-en-y 术	(69)
病例七 T 形管拔管后胆道穿孔、弥漫性腹膜炎, 施腹腔清创引流、肝胆管盆 Roux-en-y 术	(73)
病例八 医源性近段胆管损伤Ⅴ型、AOSC, 施肝胆管盆 Roux-en-y 术	(77)
病例九 胆囊坏疽、胆总管结石、AOSC, 急施胆囊切除、胆总管 T 形管引流术	(81)
病例十 胆囊积脓、胆总管结石、AOSC, 施胆囊切除、胆总管探查、T 形管引流术	(83)

病例十一	结石性胆囊炎并 AOSC, 急施胆囊切除、胆总管探查、T 形管引流术·····	(86)
病例十二	胆肠吻合口狭窄、AOSC, 急施肝胆管盆 Roux-en-y 术·····	(89)
病例十三	肝胆管结石、胆管癌、AOSC, 施右半肝切除、胆肠 Roux-en-y 术·····	(92)
病例十四	AOSC 合并心律失常, 急施胆囊切除、胆总管 T 形管引流术·····	(96)
病例十五	Carolis 病恶变、AOSC, 急施左半肝切除术·····	(99)
病例十六	医源性近段胆管损伤Ⅱ型、AOSC, 施胆囊摘除、T 形管引流术·····	(101)
病例十七	肝总管坏死、穿孔, 多器官功能不全, 施胆总管修补、T 形管引流术·····	(105)
病例十八	胆囊癌并感染, 急施胆囊癌根治术·····	(109)
病例十九	肝胆管结石并高位 AOSC, 急施左肝外叶切除、胆总管 T 形管引流术·····	(112)
病例二十	肝胆管结石并 AOSC, 急施 V 段肝、胆囊切除及胆总管探查术·····	(115)
病例二十一	医源性近段胆管损伤Ⅶ型并门静脉高压、AOSC, 施肝胆管盆 Roux-en-y 术·····	(118)
病例二十二	巨大多囊肝、腹膜室膈高压症, 急施囊肿置管引流及开窗去顶术·····	(122)
病例二十三	医源性近段胆管损伤Ⅳ型并胆汁性肝硬化、AOSC, 施肝胆管盆 Roux-en-y 术·····	(126)
病例二十四	肝胆管结石、AOSC 做 PTCD 术后, 急施胆总管探查、T 形管引流术·····	(128)
病例二十五	胆管囊状扩张症Ⅰ型, 胆肠 Roux-en-y 术后、AOSC, 施肝胆管盆 Roux-en-y 术·····	(132)
病例二十六	“晚期肝门胆管癌”患者休克, 胆管引流破秘成功·····	(134)
病例二十七	胆囊切除术后并胆漏、腹膜炎, 施残存坏死胆囊切除、胆总管 T 形管引流术·····	(137)
病例二十八	复发肝胆管结石、AOSC, 施肝门胆管锐角矫治、T 形管引流术·····	(141)
病例二十九	残留肝胆管结石并高位 AOSC, 急施切除左肝外叶、废止胆肠 Roux-en-y 术·····	(144)
病例三十	胆总管 T 形管引流术后并发胆汁性腹膜炎, 急施重置 T 形管·····	(147)
病例三十一	AOSC, 急施开腹、胆总管 T 形管引流术·····	(150)
病例三十二	非结石性胆囊炎、胆囊坏疽, 并右下肺炎、胰腺炎, 施胆囊切除、胆总管 T 形管引流术·····	(152)
病例三十三	结石性慢性胆囊炎急性发作、慢性胰腺炎, 术中胆总管远段不通的处理·····	(156)
第三章	胰腺外科急症·····	(160)
病例一	假性胰腺囊肿并感染、出血, 急施囊肿空肠 Roux-en-y 术·····	(160)
病例二	重症胰腺炎并肠梗阻、肠穿孔、腹膜室膈高压、多器官功能衰竭、毛细血管渗漏综合征, 一期施肠切除吻合术·····	(163)
病例三	慢性胰腺炎、胰管结石并感染, 急施保留十二指肠弓式胰头切除术·····	(167)
病例四	外伤致肝、胰头、十二指肠、肠系膜血管损伤, 施左肝外叶及胰头十二指肠切除术·····	(170)
病例五	胰头胰管囊肿误诊, 致术中改行胆胰双 Roux-en-y 术·····	(173)
第四章	脾脏外科急症·····	(177)
病例一	慢性粒细胞白血病, 施巨脾切除术·····	(177)
病例二	区域性门静脉高压、胃底体静脉曲张出血, 施脾切除、胃体底血管离断术·····	(180)
病例三	自发性脾破裂, 施脾切除·····	(183)
第五章	十二指肠及其他外科急症·····	(186)

病例一	十二指肠间质瘤术中溃破、出血，急施姑息性胃十二指肠切除术·····	(186)
病例二	十二指肠溃疡、穿孔、出血，施双长臂 T 形管引流、胃次全切除术·····	(188)
病例三	巨大胆管囊状扩张 I 型，术中大出血，施肝胆管盆 Roux-en-y 术·····	(193)
病例四	巨大腔静脉中段平滑肌肉瘤，施腔静脉肿瘤根治性切除、腔静脉中段人造血带 置换·····	(195)
病例五	胆道探查术后胆道出血，急施左肝外叶切除、重置 T 形管·····	(201)
病例六	残留肝胆管结石、AOSC，施废止胆肠内引流、恢复生理胆道术·····	(204)
病例七	医源性近段胆管损伤Ⅳ型，胆总管放置 12 号 T 形管的技巧·····	(208)
病例八	十二指肠乳头腺癌出血、贫血，急施胰头十二指肠切除术·····	(210)
病例九	巨大十二指肠间质瘤坏死、出血，急施胰头十二指肠切除术·····	(212)
附录	·····	(216)
后记	·····	(219)

第一章 肝脏外科急症

肝脏外科急症在肝胆胰急症中十分常见。外伤性肝破裂约占各种腹部损伤的 15%，另外还有自发性肝癌破裂。肝癌分肝细胞癌、胆管细胞癌，前者常以自发性肝破裂、胆道出血和肝癌坏死、出血、感染的形式表现为急腹症；后者多以胆道梗阻、感染的形式表现。

肝胆管结石是影响人类健康的常见病，由于肝胆管结石可产生一系列并发症，因此它是构成肝脏外科急症的主要因素之一（图 1）。

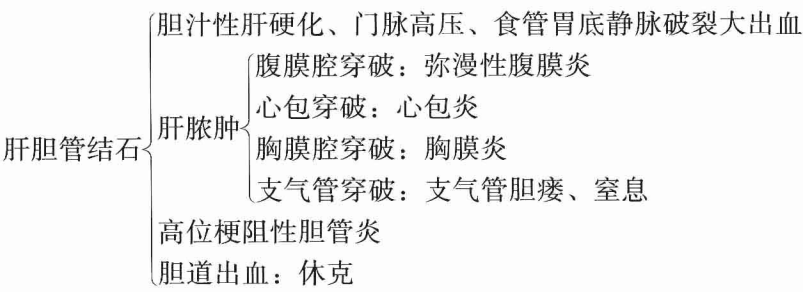


图 1 肝胆管结石的并发症

肝硬化、门静脉高压、食管胃底静脉破裂出血也是肝脏外科的常见急症之一。引起肝硬化的原因很多，临床上除肝胆管结石以外，其次是肝炎后肝硬化、血吸虫性肝硬化、酒精性肝硬化等。肝硬化患者中仅 40% 出现食管胃底静脉曲张，其中 50%~60% 的病例并发大出血。其次还有肝脓肿，目前多见的是细菌性肝脓肿。肝包囊虫病的包囊破入腹膜腔后可引起剧烈腹痛、休克，包囊破入胆管可致急性梗阻性化脓性胆管炎（以下简称 AOSC）。

病例一 左肝巨大血管瘤并肝坏死，急施Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝切除术

【病情介绍】

患者，女，35 岁。发现剑突处肿块 10 多年，疼痛、寒战、高热、纳差 3 天。

10 多年前，发现剑突处有一包块，自认为是正常现象未予介意。至 3 天前，上腹出现剧烈疼痛，呈持续性胀痛，伴寒战、高热（40.5℃）、纳差，难以忍受而来求医。月经来潮 2 天。

体查：T 39.8℃，P 96 次/分，R 22 次/分，BP 92/62mmHg。痛苦表情，皮肤巩膜未见黄染。心肺无明显异常。上腹胀满，无胃型、肠型蠕动波，浅静脉不曲张，上腹部明显触痛。肝在剑突下 5cm 可触及，胆囊未及，Murphy's 征（-），肝浊音界于右锁骨中线上第 5 肋间，右肝区明显叩击痛。

WBC $8.56 \times 10^9/L$ ，N 0.80，PLT $299 \times 10^9/L$ ，BUN 4.1mmol/L，BS 5.3mmol/L，TP 68g/L，ALB 36.1g/L，TBIL 14.3 μ mol/L，DBIL 5.2 μ mol/L，CHE 4708U/L，PA 244.3mg/L，PT 14.1s，APTT 348s，TT 12.4s。

彩色 B 超（术前 8 天，当地医院）：左肝可探及 18.7cm×10.3cm 非均质性肿块，边界清，似

有包膜，其内回声不均匀，光点增强粗糙，可见不规则低回声区。胆管不扩张，胆囊餐后改变， $3.1\text{cm}\times 1.2\text{cm}$ 。

CDFI：左肝非均质性肿块，可见少量条状彩流，多为静脉频谱。印象：左肝巨大血管瘤。

彩色B超（术前3天，湖南省人民医院）：左肝轮廓清，局部形态欠规则，肝表面平整，实质光点增粗，回声欠均匀，左肝内见 $17.4\text{cm}\times 9.3\text{cm}\times 18.4\text{cm}$ 不规则高回声光团，边界可见，未见明显包膜，后无明显回声改变。

肿块下缘平脐，左侧紧贴脾门，后缘压迫推移胰体尾部，紧贴第一、第二肝门。

无腹水，胆总管隐约可见。

门静脉主干、右肝血彩充盈正常，门静脉左支远端及血彩均显示不清，肝左静脉、中静脉不清，血彩隐约可见，肝右静脉清，走行正常。

CT（当地医院）：左肝内叶见 $15.6\text{cm}\times 8.7\text{cm}$ 低密度肿块影，CT值 50Hu 左右（图1-1-1）。动脉期静脉、门静脉期病灶边缘结节状强化，CT值 102Hu 左右，延迟扫描病灶为低密度灶，其内密度均匀（图1-1-2）。

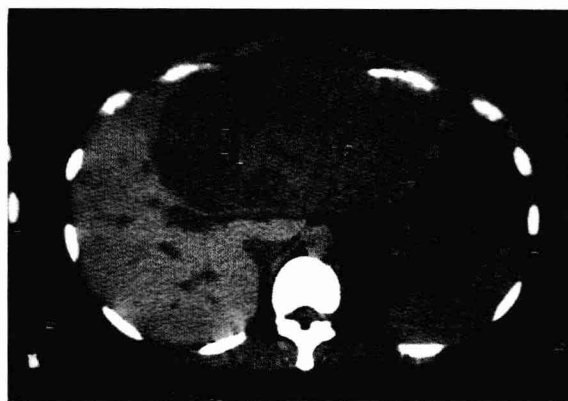


图 1-1-1

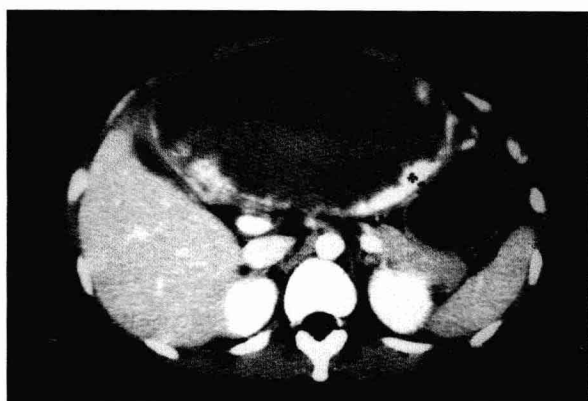


图 1-1-2

入院诊断

左肝内叶巨大海绵状血管瘤

【思路】

笔者按惯例查询病史、进行体格检查，复习血清生化及影像学（CT）资料后，询问主管医师的意见。他犹豫地回答：“血管瘤患者出现高热的情況还没见过。我担心瘤体破裂，想做急症手术，即左半肝切除，但手术的危险性较大。”

笔者认为：

1. 诊断：左肝巨块型海绵状血管瘤并出血、坏死、感染。其依据为：

- (1) 发现肿块已10多年，腹痛、发热3天。
- (2) 上腹部肿块区明显触痛，拒按。
- (3) 中性白细胞计数增高。
- (4) B超、CT均支持为左肝血管瘤，估计重量约3kg。

2. 本例手术的成功与失败的预测

(1) 手术成功的可能性大：

1) 肝血管瘤虽大，但局限在左肝内叶。

2) 第二肝门结构清楚。第一肝门主要是血管瘤压迫深在，但无粘连，左肝蒂应该可以解剖出

来，对第二肝门影响不大。

3) 毕竟是海绵状血管瘤，一旦结扎肝左动脉后，肝血管瘤体积可能变小，这样可给术野腾出空间，手术操作将会变得容易。

4) 海绵状血管瘤一般不会破裂，所谓出血、坏死是血管瘤的中心，不在血管瘤的周围。

5) 可作全肝血流阻断。

(2) 手术的危险性不可忽视：

1) 血管瘤体积巨大，紧紧压迫第一肝门，甚至可能有血管移位、变形，容易造成血管损伤。

2) 患者正处月经期间，术中容易渗血。

3) 由于血管瘤巨大，其原发部不能完全排除尾叶，有可能在术中撕裂肝短静脉致大出血，甚至因空气栓塞而死亡。

4) 做左肝蒂显露或肝左静脉显露、套带过程中，若撕裂、损伤血管瘤而出现大出血将难以控制。

3. 手术时机 一般地说，先控制感染，月经过后再手术是安全些，但本例使用亚胺培南-西司他丁 3 天，体温未能控制，并呈弛张高热，说明情况比较危重，这对医者是一次重大挑战，恐怕只能冒险了。

【决策】

急症手术，做左半肝切除。

【实施】

1. 完善相关术前准备（包括查血型、配同型浓缩红细胞 10 个单位），再次将手术的危险性与家属沟通，家属一致表示同意手术。同时，亦将患者的病情报告医务科，医务科意见是：同意手术。

2. 会诊后，全身麻醉（简称全麻）下行“人”形切口，做左半肝切除，历时 3 小时，失血量约 50mL。

(1) 手术的战略：充分暴露术野，先结扎入肝血流，缩小血管瘤，切除左肝。

(2) 做“人”形切口，安置上用自动牵开器，充分显露肝脏（图 1-1-3），确定诊断，与术前思路一致。

(3) 向上搬开悬垂的巨大肝方叶，显现肝十二指肠韧带、胆囊，安置 Pringle 止血带（图 1-1-4），结扎、切断胆囊动脉，游离胆囊，顺势将肝左动脉予以结扎、切断，显露门静脉左干，予以套线结扎。未见左肝缺血，肝血管瘤亦无明显变色、缩小。



图 1-1-3

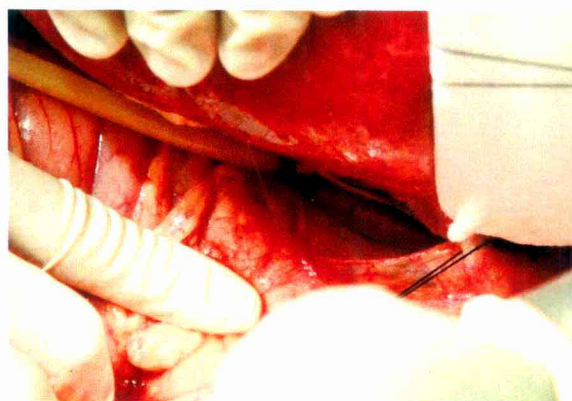


图 1-1-4

(4) 离断左冠状韧带、三角韧带，将左肝向右前方搬开，发现胃右动脉粗大，外径约 0.6cm，并有一分支入左肝，离断肝胃韧带，结扎、切断胃右动脉左肝支（图 1-1-5），左肝血管瘤立即变紫、缩小，质地变软。

(5) 解剖第二肝门，显露肝左静脉、肝中静脉，游离沟通肝左静脉基部，安置线带及导尿管，沟通游离左肝蒂，经左肝后纵沟引出导尿管做指引带。

(6) 控制中心静脉压至 3cmH₂O。

1) 于肝中静脉左侧用双极电凝，配合 CUSA，由浅入深辨清肝中静脉，逐渐断离肝，至左肝后纵沟指引带。

2) 以门静脉钳先后钳夹左肝蒂、肝左静脉，整块移除左肝Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段（图 1-1-6）。

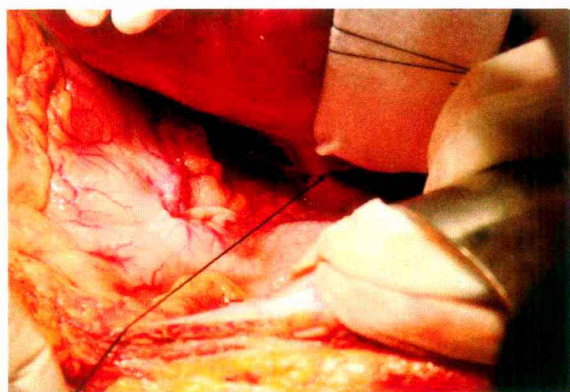


图 1-1-5

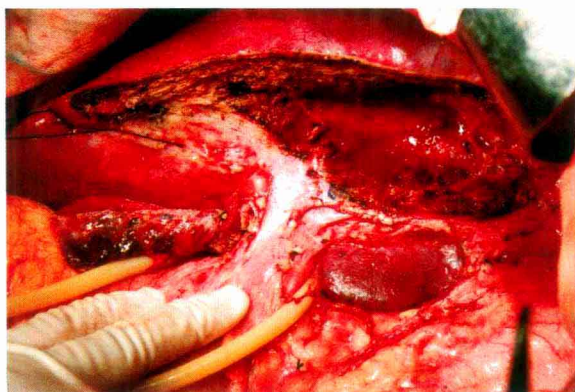


图 1-1-6

3) 以 4-0 Prolene 线先后缝闭肝左静脉、左肝蒂线端。

(7) 离断胆囊管，经胆囊管注入生理盐水，未见肝断面胆漏，常规切除过长胆囊管，予以关闭。右肝色泽、弹性正常。

(8) 清点器械、敷料无误，逐层关腹。

(9) 肝标本重 2.2kg，剖开肝血管瘤，瘤内中央出血、坏死，并有脓性液体。

【结果】

术后无胆漏、膈下脓肿、肝肾功能不全等并发症，恢复平顺。

【反思】

一、思路

这个手术成功了，患者得救了，显然与术前的周密思考相关。临床上常常是看似安全的事中蕴含着危险，危险中也可能孕育机会，两者相互矛盾，又可以相互转化。医师的工作在于不断、及时地发现、抓住机会中的危险因素，不失时机地化解危险因素，从而转危为安、化险为夷。

这个患者的手术确实危险，其最大的、致命的危险因素在血管瘤的破裂、大出血。我们在术中抓住了先结扎入左肝的动脉、门静脉，巨大的血管瘤瞬间变软、缩小，使术野瞬间宽大的时机。直视下游离肝左静脉并套线，使血管瘤变成了一个没有血管的“死瘤”，保障了手术的平安进行，以致如此巨大的肝血管瘤切除后其失血量不到 50mL，危险的手术成了平顺的手术。

二、决策

对本例急症手术做左半肝切除是对的，虽然存在危险，但这是及时的和唯一的决策，确实不容易。这来源于正确的思路：①确定了左肝肿瘤的病理性质；②客观地分析了成功的因素和危险因素；③弄清了血管瘤与邻近血管的关系；④家属对病情的严重性有充分理解，加之我们自己有数千例切肝的经验。

综合以上因素，更坚定了我们做本例手术的信心和决心。

三、外科手术技巧

在实施这个病例的手术中应予以强调的是：

1. 手术的战略 这个手术必须先阻断入左肝的血流，变“活瘤”为“死瘤”，而后切肝。
2. 控制性降低中心静脉压，配合双极电凝和 CUAS。
3. 辨清和保护好肝中静脉。
4. 在血管瘤的假性包膜面上断离肝。

病例二 左肝巨块型肝癌破裂，急施Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝切除术

【病情介绍】

2010 年春节刚过，元宵节前的一天，湖南省人民医院肝胆科已安排了 19 台手术。笔者正在手术室做一台肝胆管结石患者的第 6 次手术，突然手术间电话响了：“吴院长，第 6 手术间肝癌手术患者出血较多，请速来！”

主刀医师是肝外科主任，这是一位切肝很有经验的医师，只见他额角上冒汗，并告诉笔者：“肝癌破裂，一下就出血 500mL。”

术前 2 天，笔者也看过这位患者的 CT 片，知道是左肝内叶巨块型肝癌，而且肿块与肝后腔静脉、肝中静脉、门静脉左右干十分贴近，手术有相当的难度和危险性。

现在的问题是面对现实，是继续切肝，还是终止？用什么方法去切？

【思路】

笔者首先看了术野，左肝内叶肝癌外径约 20cm，肝膈下一破口出血已被纱布压住控制。一级肝门深在，显露困难，第二肝门可见，但未做解剖。继而问麻醉医师：“情况怎样？”他回答：“目前生命体征尚可。”嘱：“暂停手术。”

主刀医师亲自再次与家属沟通。借此机会，主治医师介绍了病情，重温了血清生化及 CT 片检查结果。

患者，男，45 岁。发现右上腹肿块 5 个月，腹痛 2 小时。患者兄弟 3 人，另 2 人已死于肝细胞癌。

患者状况：T 36.5℃，P 90 次/分，R 24 次/分，BP 125/85mmHg。神清合作，皮肤、巩膜无黄染。心、肺无明显异常。上腹部隆起，浅静脉不曲张，上腹壁稍紧张。剑突下方 8cm 可扪及肝，质硬，边缘钝，有触痛。右肝上浊音界于右锁骨中线上第 5 肋间，叩击右肝区示上腹痛。腹无移动性浊音。

WBC $6.25 \times 10^9/L$ ，N 0.62，PLT $540 \times 10^9/L$ ，Hb 128g/L，ALT 108U/L，AST 160U/L，TP 77g/L，ALB 39.56g/L，AFP 72.57ng/mL，HbsAg（-）。

CT（图 1-2-1）：肝轮廓清，表面光整，左肝内叶见一占位病变约 13cm×10cm×17cm，向下赘生性生长，无明显包膜，与肝后下腔静脉紧贴。肝右静脉尚好，肝中及肝左静脉不清，门静脉右干清楚，门静脉左干似延长、推移呈弓状。

考虑：肝细胞癌并出血而做急症手术。

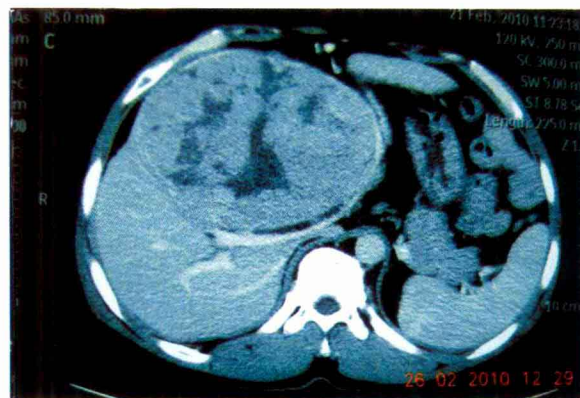


图 1-2-1

此时刘教授返回说：“家属坚决要求手术，一切后果由家属承担。”

笔者意见：诊断为左肝巨块型肝细胞癌并破裂。

【决策】

下定决心，做左肝Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段切除。

【实施】

1. 安置 Pringle 止血带，解剖左肝蒂（图 1-2-2），肝上、下腔静脉套带，必要时全肝血流阻断。立即配同型浓缩红细胞 10 个单位备用。

2. 快速离断左肝周韧带。

3. 用 Pringle 止血带阻断肝门，于肝正中裂左侧钳夹、结扎、离断肝实质（图 1-2-3），紧贴肿瘤剥离，辨清门静脉右干、肝右动脉及右肝管，予以钳夹、切断左肝蒂，移去Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝。此间肝短静脉撕裂，出血量约 1000mL，以 4-0 Prolene 线缝合、结扎而止血。血压一度降至 0/0mmHg，立即加压快速输血，3 分钟后血压回升至 90/60mmHg。

4. 肝断面渗血，以带蒂大网膜加医用创面封闭胶贴敷而止血（图 1-2-4）。

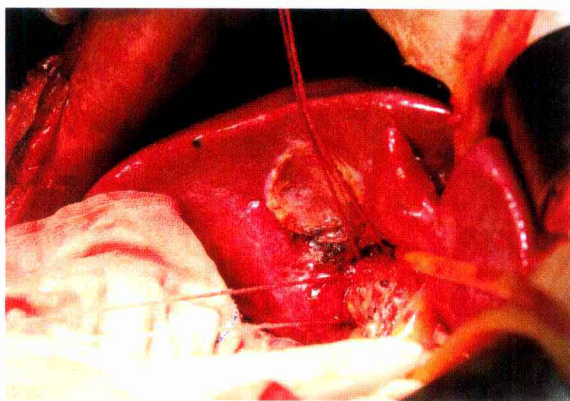


图 1-2-2

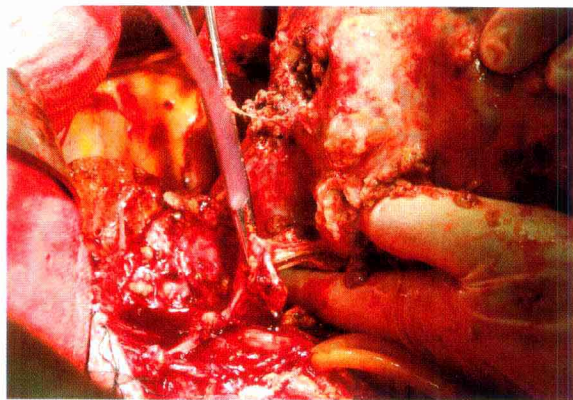


图 1-2-3

5. 再查肝右动脉、门静脉右干及右肝管完好，右肝血运好。

6. 清点器械、敷料无误，逐层关腹。右膈下放置乳胶管一根引流。

7. 肿瘤重量 1770g（图 1-2-5）。

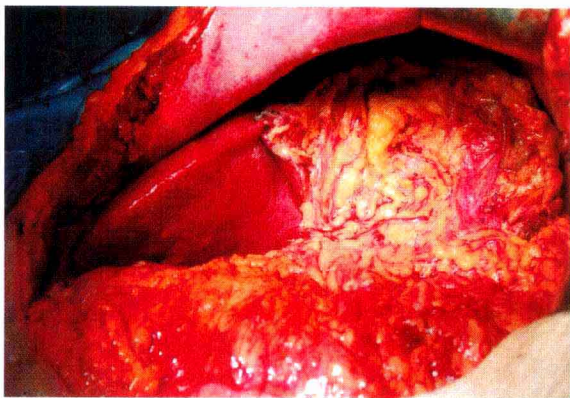


图 1-2-4



图 1-2-5

【结果】

术后无胆漏、膈下脓肿、肝功能不全等并发症，恢复平顺。

病理切片：肝细胞癌。

【反思】**一、思路**

该病例诊断为肝细胞癌是清楚的，关键的问题是是否需要切肝？

笔者根据以下条件进行考虑的：

1. 本病例左半肝切除难度很大，但主刀医师是一位很有经验的肝外科医师。
2. 肝癌虽大，但是赘生性的，肝的断面不会很大。
3. 可以做全肝血流阻断，而且已做好全肝血流阻断的一切准备。
4. 患者的肝功能好，尚加之年轻，身体的一般情况尚可，可以耐受手术。
5. 家属对病情表示理解、配合。
6. 肝癌破裂，已剖腹，不作肝叶切除，必定死亡，别无其他选择。

二、决策

实践证明，切除左半肝是正确的。

三、外科手术技巧

一个巨块型肝癌破裂出血，急症切除左半肝并非易事，其手术难度大、危险性大。为了手术的成功，笔者和同道们采取了以下举措：

1. 先结扎肝左动脉，肝破裂处出血明显减少。
2. 做好全肝血流阻断的准备。
3. 在 Pringle 止血带下试行离断肝，没有出血，证明止血效果好后才开始正式切肝。
4. 紧贴肝肿瘤钳夹、离断肝正中裂，移除左肝Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ段肝。
5. 以带蒂大网膜配合医用创面封闭胶控制肝断面出血。

四、教训总结

本病例术中出血较多的原因主要是在最后移去左肝时，由于肿瘤较大，撕裂了一支肝短静脉而致。因此，如能在全肝血流阻断后再移去肝，这种情况可望避免。

病例三 肝胆管结石并 AOSC，急施双口胆肠 Roux-en-y 术**【病情介绍】**

患者，女，52岁。间发右上腹痛、畏寒发热23年，复发加重3天。

近23年来间发右上腹痛伴以畏寒、发热，曾多次在当地医院做B超、CT检查诊断为“肝内胆管结石”，并告知“无法手术”。3天前症状复发，经人介绍来湖南省人民医院诊治。

患者患血吸虫病已30年，无腹胀、呕吐血、便血病史，在当地作过血吸虫病治疗。

体查：T 36.7℃，P 76次/分，R 22次/分，BP 130/80mmHg。神清合作，皮肤、巩膜无黄染。心、肺无明显异常。腹平，浅静脉不曲张，腹壁软，肝、胆囊及脾未扪及，Murphy's 征（-），剑突右下方无压痛，右肝上下浊音界分别位于右腋中线第9肋间、第10肋间，叩击右肝区示腋中线第9肋间疼痛。无腹水征，双腰背部无抬举痛。

WBC $13.9 \times 10^9/L$ ，N 0.88，PLT $132 \times 10^9/L$ ，TP 66g/L，ALB 36.52g/L，ALT 84U/L，AST 64U/L，CA19-9 29U/mL。

B超：肝内外胆管多发性结石，肝实质弥漫性病变。

CT: 肝轮廓清, 表面光整, 左肝肥大、右肝萎缩, 左肝内叶赘生呈一球形, 直径约 8cm (图 1-3-1)。右肝及左肝外叶胆管扩张, 充填结石, 尤以右肝为显 (图 1-3-2)。Ⅸ、Ⅰ段胆管扩张, Ⅸ段结石明显。胆总管内径约 1.3cm, 示有胆石 (图 1-3-3)。胆囊位于右膈下, 约 3cm×2cm。脾不大, 胰管不扩张。

入院诊断

残留肝胆管结石

S: V、VI、VII、VIII、IX、II、III、I

ST: RHD

A: /

C: 肝肥大萎缩征

右肝萎缩、Ⅳ段肥大(赘生)

AOSC



图 1-3-1



图 1-3-2



图 1-3-3

【思路】

笔者在办公室突然接到请求做术中会诊的电话, 10 分钟后赶到手术室。按惯例听取了主管医师的病情介绍及目前手术中存在的困难, 并复习了患者的血清生化资料及 CT 片, 明确了以下思路:

1. 本病例的肝形态比例严重失调, 肝方叶如球样, 直径约 10cm, 覆盖一级肝门及肝十二指肠韧带。
2. 切开胆总管、肝总管及右肝管, 取石钳伸入右肝前叶胆管, 未见胆石, 但取石钳未能进入结石感明显的右肝内胆管。
3. 由于一级肝门反时针方向旋转, 左肝管呈前后竖直状, 取石钳不能进入左肝外叶。
4. CT 片示左肝管、左肝外叶胆管与右肝后叶胆管连成一条直线, 而且上述胆管均扩张, 充满胆石。

至于手术方式, 笔者先听取主管医师的意见: “放置 T 形管引流, 或者做胆肠 Roux-en-y 术。”

【决策】

1. 切除左肝外叶, 通过左肝外叶断面的胆管取右肝内结石。

2. 行双口胆肠 Roux-en-y 术。

【实施】

笔者洗手完成以下手术：

1. 钳夹、切除左肝外叶，肝断面左肝外叶胆管直径约 1.5cm（图 1-3-4），经此顺利取出左肝管及Ⅵ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅰ段胆管内结石。

2. 探查发现，右肝管缺如，右肝后叶胆管开口入Ⅸ段胆管，而Ⅸ、Ⅰ段胆管共干，开口于左肝管末端（图 1-3-5）。原切开的确实是右肝前叶胆管，胆刮探查的是Ⅴ、Ⅷ段胆管。

3. 取桥襟空肠做双口 Roux-en-y 术。桥襟空肠长 40cm，经结肠肝曲系膜戳孔引入右肝下间隙，与十二指肠同步、平顺。

先做胆总管空肠吻合，而后完成左肝管与空肠吻合，14 号 T 形管放入右肝后叶胆管（图 1-3-6）。

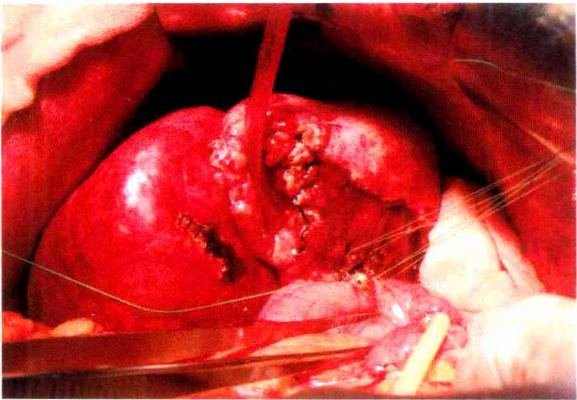


图 1-3-4

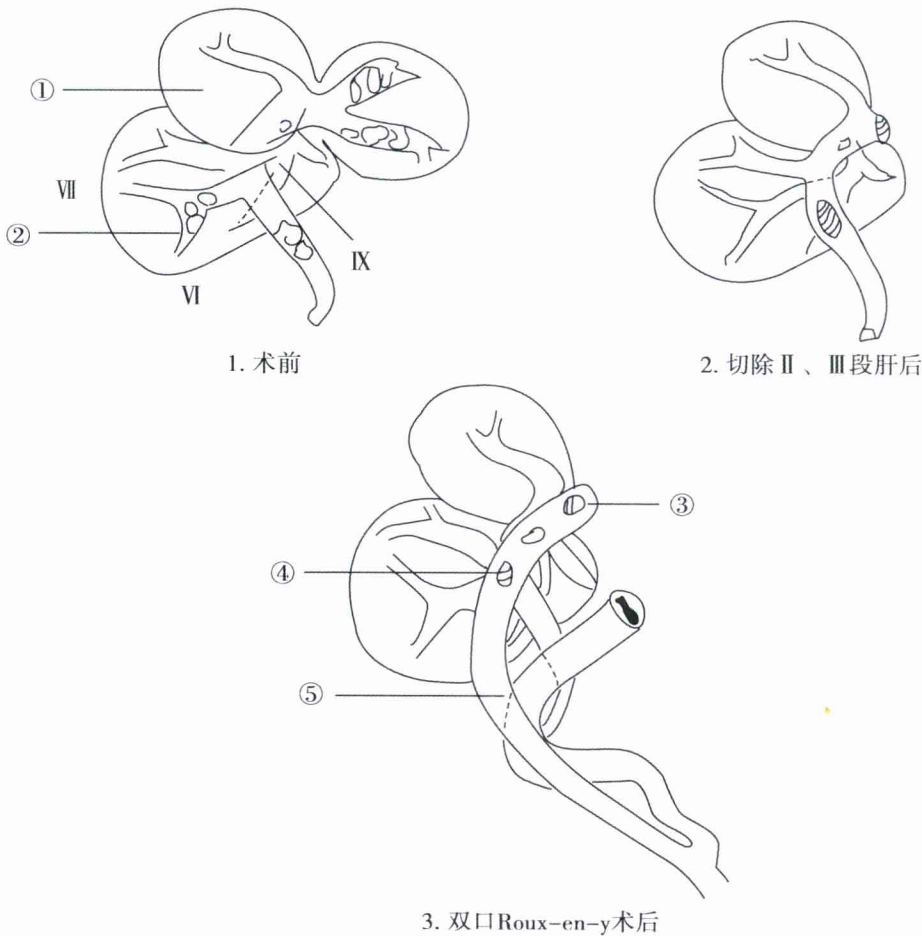


图 1-3-5 手术示意图

①肥大的肝方叶；②Ⅵ、Ⅶ…Ⅸ、Ⅸ、Ⅰ共干…DLHD；③左肝管-桥襟空肠吻合口；④胆总管-桥襟空肠吻合口；⑤桥襟空肠

4. 清点器械、敷料无误，逐层关腹。

【结果】

术后诊断：肝胆管结石

S: V、VI、VII、VIII、IX、

I、II、III

ST: 尾叶胆管

A: 右肝管缺如

IX、I 共干... ▷ LHD
(末端)

C: 肝肥大萎缩征

IV 肥大、右肝萎缩

AOSC

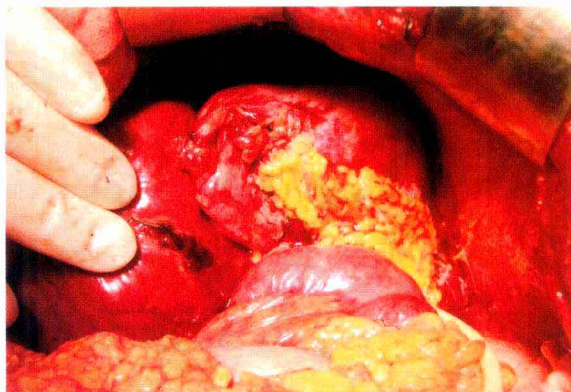


图 1-3-6

术后无胆漏、出血、膈下脓肿等并发症。术后第 10 天复查 CT，无残石。

【反思】

一、思路

患者的诊断，在 CT 片的提示下通过切除左肝外叶，探查左肝管及右肝后叶胆管、IX 及 I 段胆管才最后明确。这种胆管变异并非首例，均要通过术中探查方能确定。

另一个问题是什么最终确定行双口 Roux-en-y 术呢？笔者是这样考虑的：

1. 如果做胆总管 T 形管引流，术后右肝后叶胆管仍引流不畅，必然复发结石。因其出口在左肝管末端，加之又受肥大、球样的肝方叶压迫。

2. 如果做单口一级肝门空肠 Roux-en-y 术，其问题在：

(1) 肥大的肝方叶不能切除，势必仍压迫胆肠吻合口。

(2) 一级肝门（肝总管、左右肝管口）无狭窄，右肝后叶、尾叶引流不畅，其根本原因在尾叶胆管开口在左肝管末，与胆汁流呈反向而致。如果胆肠吻合口做在一级肝门，没有改善右肝后叶的胆汁引流，则违反了手术原则。

(3) 本病例如果做右半肝切除，其一患者难以承受，其二切右半肝必须连同尾叶一并切除，手术的难度太大。

(4) 通过切开左肝管，显露尾叶胆管，对本病例不现实。因为由于左肝肥大，一级肝门呈逆时针方向旋转，左肝管呈前后竖直方向，切开很困难。同时，即使是切开了，仍然不利于右肝后叶的胆汁引流，因为其肝方叶不能切除。

3. 行双口 Roux-en-y 吻合，其优点在于：

(1) 左肝管残端与桥襻空肠吻合，有利于尾叶、右肝后叶的引流，可防止胆石复发。

(2) 肝总管与桥襻空肠吻合，有利于肥大的、赖以生存的左肝内叶的胆汁引流。

二、决策

实践证明，根据上述的思路决定本例手术的方式是正确的。

三、外科手术技巧

就本病例而言，实现决策时有几点是值得注意的：

1. 切除左肝外叶，断肝的平面是掌握在近左肝管的末端。

2. 胆管-桥襻空肠的双吻合。

(1) 桥襻问题：

1) 长度在 40cm 左右。

2) 经横结肠肝曲系膜戳孔，引桥襻空肠至右肝下间隙，与十二指肠同步、平行。