

迅速对食管癌术后吻合口瘘进行分型,做为进一步制定治疗方案的依据。

2. 治疗策略的选择:关于食管癌吻合口瘘伴呼吸衰竭的治疗,在呼吸机辅助通气的基础上,主要在于原发病及吻合口瘘的治疗。吻合口瘘如不能有效治疗(如清创引流等),很难通过单纯机械通气治愈呼吸衰竭^[1]。关于吻合口瘘的治疗,目前国内外多主张对于非局限性瘘,采取积极的外科措施如二次开胸彻底清创引流^[9,11,12]。本组的结果表明:不同的分型应有相对应的处理方法。Ⅲ型、Ⅳ型吻合口瘘患者应选择非手术治疗:即通过全面的呼吸支持及全身支持达到治疗目的。而Ⅱ型吻合口瘘患者与非手术治疗相比,手术治疗组的机械通气时间缩短,住院病死率下降。

总之,吻合口瘘是食管癌术后呼吸衰竭的主要原因之一。及时准确的诊断及分类是进一步明确治疗策略的基础。Urschel 分类Ⅰ型食管癌吻合口瘘发生时间早,必须得到早期外科处理,极少发生呼吸衰竭后由内科医生管理。对于 Urschel 分类Ⅲ型、Ⅳ型食管癌吻合口瘘伴呼吸衰竭的患者可采用非手术治疗。对于 Urschel 分类Ⅱ型食管癌吻合口瘘伴呼吸衰竭的患者,呼吸机辅助通气同时积极治疗吻合口瘘是缩短患者机械通气时间,降低住院病死率的重要措施。

参考文献

1 毛友生,张德超,赫捷,等. 食管癌和贲门癌患者术后呼吸衰竭原因分析及防治[J]. 中华肿瘤杂志,2005,27(12):753-756

- 2 王允,赵雍凡,李建军,等. 食管癌术后呼吸衰竭的高危因素分析[J]. 中国胸心血管外科杂志,2005,7(2):92-94
- 3 Wright CD, Kucharczuk JC, Brien SM, *et al.* Predictors of major morbidity and mortality after esophagectomy for esophageal cancer: a society of thoracic surgeons general thoracic surgery database risk adjustment model[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2009,137:587-596
- 4 平育敏,何明,孟宪利,等. 食管癌和贲门癌术后并发症的防治[J]. 中华医学杂志,2009,89(5):296-300
- 5 Kim RH, Takabe K. Methods of esophagogastric anastomoses following esophagectomy for cancer: a systematic review[J]. J Surg Oncol, 2010,101(6):527-533
- 6 曾剑,陈奇勋,赵强. 应用吻合器行食管癌切除术后胸内吻合口瘘的发生及临床特点分析[J]. 中国血液流变学杂志. 2007,17(3):444-445
- 7 杨光煜,李俊秀,王平凡,等. 老年人胸内食管胃吻合口瘘与早期急性呼吸衰竭[J]. 中华胸心血管外科杂志,2000,16(2):107
- 8 Urschel JD. Esophagogastric anastomotic leaks complicating esophagectomy: a review[J]. Am J Surg, 1995,169(6):634-640
- 9 许金生,宋继东,付天泽. 食管癌吻合口瘘 11 例分析[J]. 河南外科学杂志,2008,14(5):63-64
- 10 王祥瑞. 急性肺损伤:基础与临床[J]. 北京:中国协和医科大学出版社,2005:1-4
- 11 Korst RJ, Port JL, Lee PC, *et al.* Intrathoracic manifestations of cervical anastomotic leaks after transthoracic esophagectomy for carcinoma[J]. Ann Thorac Surg, 2005,80(4):1185-1190
- 12 Crestanello JA, Deschamps C, Cassivi SD, *et al.* Selective management of intrathoracic anastomotic leak after esophagectomy[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2005,129(2):254-260

(收稿:2011-03-23)

(修回:2011-04-14)

胆囊切除致医源性肝外胆道损伤的外科诊治

沈伟敏 陆 贝 封光华

摘 要 **目的** 探讨胆囊切除术导致肝外胆道损伤的原因及外科处理方法。**方法** 回顾性分析笔者医院 2000 年 1 月~2010 年 12 月期间,21 例行胆囊切除术导致医源性胆道损伤的临床资料。**结果** 21 例病例中胆总管损伤 12 例,肝总管损伤 2 例,右肝管及左右肝管汇合部损伤各 1 例,迷走胆管损伤 5 例;术中发现 15 例,术后发现 6 例。18 例随访 6 个月~8 年,其中优 13 例,良 4 例,差 1 例。**结论** 胆囊手术时理清解剖关系、规范操作、避免盲目操作,并适时中转开腹手术,可降低医源性胆道损伤的发生率。术中发现胆管损伤,应Ⅰ期修补或重建,Ⅱ期修复则宜行规范的胆肠吻合术。尽早发现、及时处理能有效防止术后胆管狭窄。

关键词 胆囊切除术 胆道 损伤

Surgical Approach for Iatrogenic Extrahepat Bile Duct Injury by Cholecystectomy. Shen Weimin, Lu Bei, Feng Guanghua. Hangzhou First People's Hospital, Zhejiang 310006, China

Abstract Objective To discuss the diagnosis and treatment of bile duct injury in cholecystectomy. **Methods** Totally 21 cases of

作者单位:310006 杭州市第一人民医院普通外科

iatrogenic extrahepat bile duct injury in cholecystectomy were retrospectively analyzed from January 2000 to December 2010. **Results** Common bile duct injury was seen in 12 cases, hepatic duct injury in 2 cases, right hepatic duct injury in 1 case, hepatic duct confluence department injury in 1 case, aberrant duct injury in 5 cases. 15 cases were identified during the operation and 6 cases after operation. Follow-up data of 18 cases with 6 months to 8 years showed 13 cases excellent, 4 cases good, 1 case bad after reoperation. **Conclusion** Clarifying the anatomic relationship, standard operation, conversing to laparotomy timely could reduce the incidence of bile duct injury. Repair or biliary intestinal anastomosis should be performed if the injury is found intraoperatively. Standard choledochojunostomy is suitable to the cases identified postoperatively. Early diagnosis, early treatment are essential to prevent stricture after operation.

Key words Cholecystectomy; Bileduct; Injury

随着胆系统手术的广泛开展,医源性胆道损伤不断增加且有逐年上升趋势。文献报道与胆囊切除术有关的医源性胆道损伤达 95%^[1],胆囊结石患者近期再次手术原因多为胆道损伤和胆漏^[2]。医源性胆道损伤是胆道外科常见的严重手术并发症,主要发生于术中。其损伤比例虽然不高,但因手术量巨大,绝对数不容忽视。胆道损伤多比较隐蔽,若发现不及时,处理不当,损伤部位的胆管可能形成狭窄,后果严重,甚至导致多次手术或致残,造成严重后果。回顾性分析笔者医院自 2000 年 1 月~2010 年 12 月期间发生 21 例肝外胆道损伤,着重分析损伤发生的原因、预防措施及外科处理方法。

资料与方法

1. 一般资料:本组患者 21 例,男性 9 例,女性 12 例;患者年龄 28~68 岁,平均年龄 46.5 岁,19 例为腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)后,2 例为开腹胆囊切除+胆总管探查术后。原发病:胆囊结石 20 例,胆囊良性肿瘤 1 例,其中合并急性胆囊炎 6 例,慢性胆囊炎 15 例,合并肝内胆管结石 3 例,胆总管结石 2 例。损伤部位:胆总管损伤 12 例,肝总管损伤 2 例,左/右肝管及左右肝管汇合部损伤各 1 例,胆囊床毛细胆管损伤 5 例。15 例胆道损伤在术中发现,5 例术后 24h 内发现,1 例术后第 2 天发现。

2. 胆道损伤处理方法:21 例病例分类如下:①胆囊床毛细胆管损伤或胆囊管残端胆漏:共 5 例,4 例在术后 24h 内发现,开腹 1 例,腹腔镜 3 例^[3]。予术中留置的腹腔引流管引流或 B 超引导下穿刺置管引流,3 例胆汁引流量在 5 天内逐渐减少,未引起发热、腹膜炎等并发症;1 例引流量 2 天后未能减少,再次行腹腔镜手术探查,见胆囊床胆汁渗漏,考虑毛细胆管损伤,予以灼烧处理,冲洗腹腔后放置引流管后痊愈。1 例 LC 术后第 3 天出现腹膜炎症状及引流胆汁,给予禁食、畅通引流胆汁后胆漏消失;②胆总管或肝总管部分损伤(包括有或没有胆管组织缺损):共 11 例,9 例为开腹或腹腔镜下胆囊手术,2 例同时行胆总管探查术。除 1 例术后 24h 内发现外,其余均在术中发现,其中 3 例行小裂伤单纯修补,6 例放置 T 管支撑,T 管放置 5~6 个月后拔除。1 例行胆肠 Roux-en-Y 吻合术。术后发现者第 2 天再次手术,发现胆总管上段损伤,遂行 T 管引流,T 管放置 6 个月后拔除;③胆总管或肝总管横断(包括

有或没有胆管组织缺损):共 3 例:均为 LC 术中发现,1 例行胆肠 Roux-en-Y 吻合术,2 例术行胆总管端端吻合+T 管引流术,T 管放置 6~12 个月;④左/右肝管或肝区管损伤(部分损伤、或切断,包括有或没有胆管组织缺损)。2 例均为右肝管畸形,与胆囊管开口较近,LC 术中损伤,1 例行修补+T 管支撑引流术,1 例行胆管成型+胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术,术后 6~12 个月拔除 T 管。

3. 疗效判定标准^[4]:①优:无症状或偶有症状,能正常工作;②良:偶有轻微胆道感染症状,经非手术治疗后能很快控制感染,对工作影响不大;③差:反复胆道感染、黄疸,营养状况差,不能进行正常工作生活或需进行再次手术;④死亡。

结 果

本组随访 18 例,随访率 85.7%,随访时间 6 个月~8 年,平均 3.6 年。随访结果优 13 例,良 4 例,差 1 例。未出现死亡病例。

讨 论

胆囊切除引发胆道损伤是外科常见的严重并发症,发生后会给患者及家属带来较大痛苦,影响术后生活质量,也给临床外科医生带来纠纷或医疗事故。胆囊手术操作过程并不复杂,但受解剖变异、临床经验等因素影响较大,因此胆道损伤是外科医生行胆囊手术尤其是腹腔镜下胆囊手术的最主要并发症。结合我们的临床工作以及国内外同行的经验,笔者总结导致胆道损伤的主要因素有以下几方面:①胆道解剖变异:国内学者统计胆囊管变异率约为 14%,主要表现为胆囊管与胆总管并行或环绕肝总管走行,胆囊管异位汇入左、右肝管、肝总管,胆囊管缺如等,术中误损伤肝总管或胆总管^[5];②病理因素:局部炎症反应严重,致术中解剖困难,易出血,影响手术操作损伤胆道。少部分 Mirizzi 综合征的患者,胆总管和胆囊管并行,甚至形成胆囊胆管瘘;③思想因素:很多发生胆道损伤事故的外科医生多未能对手术引起足够重视,术前估计不足,术中掉以轻心。胆道手术既容易又复杂,术前、术中要做好充分准备及估计,要警惕术中各种可能出现的变化,操作困难时更要耐心,必要时及时中转开腹能有效减少胆道损伤的发生率;④手术因

素:如手术中出血、气腹压力不足、视野暴露差、麻醉不满意、过度牵拉胆囊管使之成角等干扰因素均会增加胆道损伤的可能。

及时发现并有效处理胆漏或梗阻是治疗胆道损伤的唯一手段,特别是首次处理方法非常重要,对于手术后效果及术后胆道狭窄等并发症的防治最为有效^[6,7]。一旦发现胆道损伤,首先判断胆道损伤的部位、性质、程度,再视具体情况及患者条件采取不同处理方式。笔者认为,非横断性损伤,管壁无明显缺损者,可以行 I 期缝合,放置 T 管支撑引流,但要严格选择适应证,如勉强吻合,张力过高一定导致胆漏无法愈合;横断性损伤宜行 I 期胆肠吻合内引流术^[8]。胆管空肠吻合内引流术有效解除梗阻,恢复胆道引流,术后使用 T 管等支撑引流 6 个月以上还可有效防止吻合口漏或狭窄。我们 3 例患者行胆肠吻合内引流术,2 例行胆管端端吻合术,5 例行修补缝合术,T 管均放置半年以上,术后疗效仅 1 例患者为差,表现为频繁发作的胆道感染及黄疸,需反复治疗,其余患者效果均为优良,表明及时有效的术式及足够时间的胆道支撑,能有效保证术后疗效。

总之,胆囊手术时理清解剖关系、规范操作、避免

盲目操作,并适时中转开腹手术,可降低医源性胆道损伤的发生率。术中发现胆管损伤,应 I 期修补或重建,II 期修复则宜行规范的胆肠吻合术。尽早发现、及时处理能有效防止术后胆管狭窄。

参考文献

- 1 刘允怡,赖俊雄.对《胆管损伤的预防与治疗指南(2008 版)》的建议[J].中华消化外科杂志,2008,7(4):267
- 2 赵玉元.术中胆道损伤 143 例的原因及处理[J].中华肝胆外科杂志,2005,11(6):378-380
- 3 刘允怡.医源性胆道损伤的分类[J].中华肝胆外科杂志,2005,11(3):149-150
- 4 王秉成,徐元灯.医源性胆管损伤原因及诊治探讨[J].肝胆胰外科杂志,2004,16(4):306-307
- 5 黎介寿,吴孟超.手术学全集:普通外科卷[M].北京:人民军医出版社,1996:652
- 6 张云珍,杨盼勇.胆囊切除致肝外胆道损伤九例临床分析[J].中华肝胆外科杂志,2007,13(6):366
- 7 柳东,沈立仁,吴永丰.医源性胆管损伤的预防及处理[J].临床误诊误治,2009,22(2):26-27
- 8 杜子友,秦斌,孙胜.腹腔镜胆囊切除术后胆道损伤诊治反思[J].临床误诊误治,2009,22(11):80 (收稿:2011-09-15)
(修回:2011-10-28)

组织蛋白酶 D 对口腔鳞癌中 VEGF - C 和 VEGF - D 的影响及淋巴管生成作用的研究

胡振宇

摘要 目的 检测组织蛋白酶 D(Cath - D)对口腔鳞癌中血管内皮生长因子 - C(VEGF - C)和血管内皮生长因子 - D(VEGF - D)表达的影响,探讨其对淋巴管生成的作用。**方法** 选择 86 例口腔鳞癌标本作为观察组,收集 60 例正常口腔黏膜组织作为对照组,应用流式细胞分析 Cath - D、VEGF - C 和 VEGF - D 蛋白在两组中的表达,关注其表达的相关性及临床价值。**结果** 口腔鳞癌中 Cath - D、VEGF - C 和 VEGF - D 高表达,口腔鳞癌中 Cath - D、VEGF - C 和 VEGF - D 的表达与肿瘤的分化程度、炎细胞浸润及淋巴结转移的差别有统计学意义。口腔鳞癌中 Cath - D 与 VEGF - C、Cath - D 与 VEGF - D 均呈正相关。**结论** 口腔鳞癌中 Cath - D、VEGF - C 和 VEGF - D 表达明显增加,Cath - D 能促进 VEGF - C 和 VEGF - D 的表达,进而促进淋巴管的生成。联合检测 Cath - D、VEGF - C 和 VEGF - D 的表达可能对判断肿瘤的预后有参考价值。

关键词 口腔鳞癌 组织蛋白酶 D VEGF - C VEGF - D 流式细胞术

Clinical Study of Lymphangiogenesis of Cath - D in Oral Squamous Cell Carcinoma. Hu Zhenyu. Zhejiang Provincial People's Hospital, Zhejiang 310014, China

Abstract Objective To detect the expressions of Cath - D, VEGF - C and VEGF - D in oral squamous cell carcinoma, study their clinical significance and relationship, for directing clinical work. **Methods** The observation group included 86 cases of oral squa-