

文章编号:1005-6947(2006)03-0233-02

· 临床报道 ·

胆囊切除术致肝外胆管损伤诊治体会:附13例报告

张明金, 吴建斌

(解放军第一〇五医院 普通外科, 安徽 合肥 230031)

摘要:笔者回顾1994年以来收治的胆囊切除术致肝外胆管损伤的临床资料13例,13例中发生于腹腔镜胆囊切除术6例,其中胆(肝)总管横断上夹2例,三管汇合区胆管侧壁损伤2例,电凝损伤右肝管2例;发生于开腹胆囊切除术7例(3例外院转入),其中胆(肝)总管横断结扎4例,术中发现胆总管侧壁损伤3例;6例胆(肝)总管横断者行胆总管(肝门)-空肠 Roux-en-Y 吻合重建,1例术后胆管炎反复发作,经再次手术痊愈出院,1例形成门静脉血栓仍在治疗。7例胆管壁损伤者行修补,T管引流,预后良好。笔者体会:术中精细操作是胆囊切除术预防肝外胆管损伤的前提,术后严密观察病情,准确把握再次手术指征及时机是避免后遗症的关键。

关键词:胆囊切除术/副作用;胆管,肝外/损伤

中图分类号:R657.4;R322.47 **文献标识码:**B

随着B超检查方法的普及,慢性结石性胆囊炎的检出率随之增加。胆囊切除术是治疗慢性结石性胆囊炎的“金标准”。由于胆道系统解剖结构复杂变异多,因此,胆囊切除术致肝外胆管损伤时有发生^[1],我院近10年共诊治胆囊切除术致肝外胆管损伤的病例13例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组13例中腹腔镜胆囊切除术(LC)致胆管损伤6例,开腹胆囊切除术(OC)致伤7例(3例由外院转入)。男4例,女9例;年龄22~65(平均36.7)岁。除本院3例开腹胆囊切除术术中发现胆总管侧壁损伤外,其余10例术中均未能及时发现,再次手术时间为术后1~17(平均7.6d)。

1.2 损伤部位及处理方式

1.2.1 胆(肝)总管横断 6例。其中1例LC及1例OC左右肝管汇合部被横断,残留左、右肝管开口及其汇合部后壁,属Bismuth III型,行肝门成形胆肠 Roux-en-Y 吻合,吻合口置T管支撑引流,右肝下引流;1例LC及3例OC胆总管被横断,部分切除,残留肝总管长约0.8~1.5cm被钛夹夹闭或丝线结扎,属Bismuth II型,行肝门部胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,T管引流。

1.2.2 侧壁损伤 2例LC胆囊管根部上夹导致三管汇合部损伤,狭窄长约1.5cm,缺损约占周径的1/2,损伤胆管近端有一2mm大小的穿孔,有胆汁溢出,行胆总管T管引流术,胆管缺损处采用十二指肠韧带修补,后用带蒂大网膜覆盖固定;3例OC也为三管汇合部损伤缺损,缺损约占

周径的1/4~1/2不等,同法处理;2例LC右肝管外侧壁针尖大小的缺损,考虑由胆囊动脉分支损伤出血时上夹误伤或电灼所致,行胆总管T管引流,右肝下引流。

2 治疗结果

本组病例均于术后8~21d出院,置T管者3周至9个月拔除。1例术后胆管炎反复发作,术后1年再次手术,术中见胆肠吻合口狭窄如针眼大小,行胆道成形术后痊愈出院;1例形成门静脉血栓仍在治疗;11例随访1~8年,无不良后果。

3 讨论

LC或OC发生胆管损伤的主要原因有:(1)胆囊颈结石嵌顿、炎性水肿致Calot三角严重粘连,结缔组织增生引起局部解剖变异,本组2例LC及3例OC三管汇合部损伤属此原因。(2)胆囊壶腹位置异常覆盖于胆总管前面^[2],患者肥胖、Calot三角大量脂肪堆积,将肝总管误认为胆囊管钳夹剪断,本组1例LC及1例OC高位胆管横断属此原因。(3)牵拉胆囊显露Calot三角的方法欠妥,将胆囊推向肝门部,将胆总管误认为较长的胆囊管钳夹或剪伤,本组另1例LC及3例OC胆总管横断伤属此原因。(4)出血时过多使用电凝,引起胆管壁灼伤坏死,本组2例右肝管损伤属此原因。

胆管损伤术后患者如出现明显的黄疸、体温升高、腹膜炎体征或者腹腔引流管引出胆汁时决定再次手术并不难。然而有时胆漏患者并不表现出明显腹膜炎体征。本组2例患者腹腔内大量胆汁,却无腹膜炎体征。对此类患者,要综合分析各种指标决定是否再次手术,仍有怀疑者应留院观察。本院3例肝外胆管横断者,都在6d内剖腹探查,行胆肠 Roux-en-Y 一期吻合,效果满意。外院发生的1例胆总管横断者,术后16d才转入我院,肝门部组织水肿,解剖不清,行肝门部成形、肝门-空肠 Roux-en-Y 吻合,术后吻合

收稿日期:2005-07-14; 修订日期:2005-08-15。

作者简介:张明金,男,福建长汀人,解放军第一〇五医院主治医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

通讯作者:张明金 电话:0551-2163209; E-mail:zhangmingjin2001@yahoo.com.cn。

文章编号:1005-6947(2006)03-0234-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊切除术与开腹胆囊切除术的比较

查以柏

(湖北省浠水县中医院 外科, 湖北 浠水 438200)

摘要:按顺序抽取腹腔镜胆囊切除术(LC)病历110份,开腹胆囊切除术(OC)病历136份,笔者就两组病例的手术时间、切口长度、出血量及住院天数等资料进行回顾性分析和比较,结果显示:LC组在手术时间、切口长度、出血量及住院天数均短于或少于OC组。提示:LC优于OC,值得在基层推广与普及。

关键词:胆囊切除术,腹腔镜;胆囊切除术;对比研究

中图分类号:R657.4 **文献标识码:**B

我院于2003年4月—2005年10月共实施腹腔镜胆囊切除术114例,除4例中转开腹外,其余110例用腹腔镜成功完成手术,效果良好。笔者按时间顺序抽取开腹胆囊切除术(OC)病历136份作对照,与LC组进行比较,以期客观反映两种手术的优缺点。现报告如下。

收稿日期:2005-10-19; **修订日期:**2006-01-04。

作者简介:查以柏,男,湖北浠水人,湖北省浠水县中医院副主任医师,主要从事腹腔镜方面的研究。

通讯作者:查以柏 E-mail:zha-yibai@126.com。

口狭窄,胆管炎反复发作,1年后经再次手术痊愈出院。另1例肝门部横断者,术后出现黄疸、腹膜炎体征,第3天出院剖腹探查,发现无条件处理,右肝下及盆腔置引流,术后黄疸进一步加深,出现高热、休克,再次手术后第9天转入我院,行肝门部胆管成形,胆肠 Roux-en-Y 吻合,术后出现肝脓肿及门静脉血栓,仍在治疗。这提示我们一旦明确有肝外胆管损伤,应尽早到有条件的医院行再次手术,力争一次手术成功。

预防肝外胆管损伤应:(1)强调LC手术适应证的选择,应通过严格、仔细的术前检查,剔除一些不适合施行LC病例,如:急性发作3d以上,体温超过38.5℃,有明显的腹膜炎体征;B超检查提示胆囊颈部结石嵌顿,并形成炎性肿块,本组2例LC三管汇合部损伤患者就为胆囊颈部结石嵌顿。LC时还要恰当把握中转手术的指征,不应认为中转手术是LC的失败^[3]。Calot三角的结构不能明确时应及时中转开腹;胆囊切除后,仔细检查创面有无胆漏并检查切除的胆囊,怀疑胆管损伤及胆漏者,开腹探查。(2)注意术者与助手相互配合,细微操作:①术者必须保持注意力高度集中,谨慎操作,随时警惕胆管损伤发生的可能。②胆囊管的剥离仅限于安全区内进行,远端胆囊管的显露范围以能可靠上夹或结扎、剪断为限,不宜进行过多的解剖^[4],切忌大块组织的钳夹、切断。③助手牵拉胆囊应适度,避免因牵拉使肝总管与胆囊管夹角减小,误将肝外胆管认为是胆囊管上夹夹闭或结扎。LC施放胆囊管

1 临床资料

1.1 一般资料

为了使两组数据尽量客观准确,按时间顺序随机抽取LC病历110份,除外中转开腹病例。OC病历136份,两组均为单纯性胆囊切除术,均除外胆总管探查、胆肠吻合术病例。

(1)LC组:110例中,男38例,女72例,男:女=1.0:2.1。年龄24~72(平均49)岁。其中:胆囊结石101例,胆囊息肉8例,胆囊腺瘤1例。

钛夹时,应注意肝外胆管与胆囊管汇合部上方是空虚的。④术中出血时切勿盲目钳夹或电凝,应先冲洗清楚,看清出血部位后再上钛夹或电凝;电凝时避开钛夹,以免造成钛夹脱落或热力扩散,灼伤胆管。本组2例右肝管损伤即考虑由胆囊动脉分支损伤出血时上夹误伤或电灼所致。Carroll等^[5]分析了46例术中胆管损伤的病例,由于机械热效应引起的有3例,占6.52%,多在术后数日才出现症状,本组2例分别为术后第1和6天发现。

参考文献:

- [1] 刘永雄.“小”手术,大学问—谈作好胆囊切除术[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
- [2] 谢光亮,王璐璐.少见的胆囊及胆管解剖变异:附8例报告[J].中国普通外科杂志,2003,12(8):609-611.
- [3] Kanaan SA, Murayama KM, Merriam LT, et al. Risk factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy [J]. J Surg Res, 2002, 106(1):20-24.
- [4] 吴建斌,赵成功,李庆春,等.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤4例报告[J].中华消化内镜杂志,2000,17(2):109-110.
- [5] Carroll BJ, Birth M, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation [J]. Surg Endosc, 1998, 12(4):310-313.