

腹腔镜胆囊切除术后并发胆漏的诊治

高军业 李平 朱网林 李茂荣 姜家宝 许斌 朱峻峰

泰州市人民医院普外科(泰州, 225300)

腹腔镜胆囊切除术(LC)后胆漏,是LC的主要并发症之一。我院自1996年6月以来,共施行LC900例,发生术后胆漏6例,占0.67%。为了探讨LC发生术后胆漏的原因,现总结分析如下。

临床资料

本组6例,男2例,女4例,年龄37~67岁。急性胆囊炎胆囊结石4例,慢性胆囊炎胆囊结石2例。5例患者有不同程度的腹痛、腹胀、低热,其中1例伴有黄疸,1例仅表现为腹胀和食欲不振。胆漏原因,4例为胆囊管残端钛夹松动、滑脱。另2例分别为迷走胆管胆漏或胆总管结石嵌顿于胆管下端,胆管内压力增高,钛夹脱落。处理方法:1例术中留置引流管,2例在B超引导下穿刺置管引流而愈,有2例术后1周腹胀、腹痛明显,经B超和CT检查提示腹腔积液,腹腔穿刺为胆汁样液体,剖腹探查证实为胆囊管残端钛夹松动、滑脱,重新结扎胆总管,腹腔冲洗引流治愈,1例术后出现腹痛、黄疸,手术证实结石嵌顿于胆管下端,钛夹滑脱,作胆总管切开取石,T管引流后治愈。

讨 论

LC术后胆漏的发生率高于剖腹胆囊切除术,刘国礼统计国内LC胆漏发生率为0.14%^[1]。本组胆漏发生率为0.67%。LC术后胆漏有以下原因:1. 胆管损伤;2. 胆囊管处理不当;3. 迷走胆管胆漏;4. 胆囊床胆漏^[2]。器械故障也可以引起胆漏。本组胆漏的原因,主要是胆囊管处理不当,发生胆囊管残端胆漏。另外胆总管残余结石嵌顿于胆管下端,胆管内压力增高,钛夹脱落,引起胆漏,本组发生一例。因而要严格掌握LC的手术指征,术前B超检查,如发现胆总管增粗,或者结石,则剖腹手术,也可先作ERCP再行LC。术中发现胆总管增粗或胆囊管增粗,应警惕存在胆管结石,作术中胆道造影,也可术后行ERCP检查,并可以取石。

随着LC的广泛开展,急性胆囊炎胆囊结石现在已不是LC的禁忌证,但急性胆囊炎作LC时,并

发症及中转开腹率均高于择期手术,胆漏的发生率也高。本组6例中,有4例胆漏均为急诊手术。我们认为,急性胆囊炎易发生胆漏的原因为:第一,由于急性炎症时,局部组织水肿,脆性大,剥时容易分破胆囊管或胆总管;第二,放置钛夹,夹闭胆囊管时,过度用力,以致钛夹对水肿、脆性大的胆囊管产生切割作用;第三,由于胆囊管水肿,钛夹未夹紧,或由于器械故障而夹闭不紧时,炎症消退后,钛夹松动、脱落,造成胆漏。

由于LC术后胆漏的发生率比较高,因而努力降低胆漏的发生率尤为重要。术中分离胆囊管时,操作要轻柔、仔细,避免损伤胆管,发生胆漏,对粗大的胆囊管最好使用套扎器或丝线结扎。对急性胆囊炎作LC时,还应注意夹闭胆囊管时用力要得当,夹闭过紧易有切割作用,过松则会造成钛夹松动滑脱。对于急性炎症的患者,或胆囊管残端处理欠满意的,经腹腔镜放置肝下引流是非常必要的。有效的引流可防止炎症的扩散,如发生胆漏,通畅的引流也可加快胆漏的愈合。术后除了发生急性腹膜炎应首先考虑胆漏外,如出现持续性腹胀、腹痛,肩背部放射痛,恶心、呕吐、低热等症状时,也应考虑胆漏的可能,要反复作B超或CT检查,根据检查结果定位、穿刺引流,既明确诊断,又是治疗措施。ERCP也可明确有无胆漏,同时还可以作胆道取石、减压引流,辅助治疗胆漏。

对于经检查证实有胆漏,只要无弥漫性腹膜炎的体征,采取非手术置管引流一般均可治愈,我们有2例就是在B超引导下置管引流而愈。如果患者有黄疸、弥漫性腹膜炎的体征,或不能排除胆管损伤者,应及时剖腹探查,探查手术应检查有无胆管损伤,并根据具体情况作相应处理。

参 考 文 献

- 1 刘国礼. 我国腹腔镜外科发展的现状. 中华外科杂志, 1999, 37: 592-593.
- 2 李胜宏, 陈训如, 周正东, 等. 腹腔镜胆囊切除术中肝外胆管损伤. 普外临床, 1995, 10: 277-279.