

胆汁性腹水的诊断、治疗与预防

曹月敏

(河北省人民医院肝胆微创外科, 石家庄 050051)

中图分类号: R656.4⁺1

文献标识码: C

文章编号: 1009-6604(2005)04-0266-02

腹腔内胆汁通常引起严重的腹膜炎,而在极少数情况下,患者并不表现为严重的腹膜炎,仅出现腹腔内大量胆汁性液体所引起的轻度腹胀,有些甚至根本没有临床症状,称为胆汁性腹水^[1]。胆汁性腹水的发生极为罕见。Ackerman 于 1985 年诊治 4 例并进行文献复习报道 24 例^[1]。我们于 1985 年成功诊治 1 例胆汁性腹水,在国内首先报道^[2]。近 10 余年来,我们在开展电视腹腔镜胆囊切除术后,又成功诊治 3 例^[3]。2004 年 11 月 13 日经卫生部医药科技项目查新咨询报告,查阅 1994 年 1 月至 2004 年 5 月 10 年间大约 750 多万篇文献,国内外共报道 7 例胆汁性腹水(不包括我们报道的 4 例)。因此,以目前资料看,胆汁性腹水的发生率是极低的。但随着电视腹腔镜胆囊切除术的普遍开展以及人们对胆汁性腹水认识的提高,其发生率可能有升高趋势。为提高同道们对胆汁性腹水的认识,现就其病因、诊断、鉴别诊断、治疗和预防提出自己的见解与同道们讨论。

1 病因

胆汁性腹水最常见于胆系手术后^[4-6],胆囊、胆总管、肝管和肝脏损伤也可引起。最近几年,经皮肝穿刺胆道或胆囊造影、针吸肝活检、腹腔镜活检、腹腔镜胆囊切除等术后也可发生^[7-9]。章义农^[10]认为此病可能与胆囊切除术后胆汁由胆系漏出有关。我们认为,胆汁性腹水的发生与胆囊切除术后对胆囊肝床的处理密切相关。在我们所做的 2 000 例腹腔镜胆囊切除术中,前 500 例术中仅将胆囊肝床渗血区创面用电铲烧灼止血,未将非渗血区创面用电铲烧灼处理,术后发生了 3 例胆汁性腹水,考虑这 3 例胆汁性腹水可能为胆囊肝床迷走胆管渗漏胆汁引起,故在后 1 500 例电视腹腔镜胆囊切除术中,除对胆囊肝床渗血区创面用电铲烧灼止血外,对非渗血区创面可见的或疑有的迷走胆管胆汁渗漏的创面均用电铲烧灼。这样一方面达到了充分止血的目的,另一方面将肉眼可见的或疑有的渗漏胆汁的迷走胆管也做了烧灼。自此再无胆汁性腹水病例发生。因此我们认为,胆囊切除术后胆汁性腹水的发生与术

中对胆囊肝床的处理密切相关,术中一定要将胆囊肝床可见的或疑有的迷走胆管渗漏胆汁的创面进行烧灼处理。术中对胆囊肝床处理不当,遗漏渗漏胆汁的迷走胆管,可能是胆囊切除术后胆汁性腹水发生的重要原因之一^[3]。但胆汁性腹水的发生机制尚未清楚,有待进一步研究与探讨。

2 临床特点

①有胆囊切除或胆道手术史。

②除因腹腔内有大量胆汁性液体所造成的腹胀外,一般无其他不适。有些患者根本没有症状或开始有些症状(黄疸、恶心、呕吐),不经治疗可自行缓解。一般不伴发热。

③体征轻微,往往仅右上腹有轻或中度压痛,一般无反跳痛及肌紧张。有些患者根本没有临床阳性体征。

④白细胞计数正常或轻度升高,平均 $12.5 \times 10^9/L$ 。

⑤腹腔内胆汁样液体量可达 10 000 ml 以上,平均 4 800 ml。

3 诊断标准

①胆系手术后,尤其是胆囊切除术后数日至数周,腹腔内出现大量胆汁性液体,与手术中应用冲洗腹腔之生理盐水量不符者。

②腹部 B 超或 CT 检查可见腹腔内大量腹水,腹腔穿刺可见胆汁样液体,腹水化验胆红素强阳性。

③无典型腹膜刺激症状和体征。

4 鉴别诊断

本病主要与胆汁性腹膜炎进行鉴别,见表 1。

5 治疗原则

20 世纪 80 年代,国外文献报道对胆汁性腹水的治疗主要是行剖腹探查,对胆系进行适当修补加腹腔内引流^[1]。随着医学的进步,尤其是医学影像学和微创外科学技术的进步,目前对胆汁性腹水可在 B 超或 CT 引导下行腹腔内置管引流而治愈^[3]。

表 1 胆汁性腹水与胆汁性腹膜炎的鉴别

	胆汁性腹水	胆汁性腹膜炎
常见原因	①胆系手术后,尤其是胆囊切除术中对胆囊肝床处理不当,遗漏渗漏胆汁的迷走胆管,是术后胆汁性腹水发生的主要原因之一。②胆囊、胆总管、肝管和肝脏损伤也可引起。③经皮肝穿刺胆道或胆囊造影、针吸肝活检、腹腔镜活检等术后也可发生。	常见原因是胆囊自发性穿孔,尤其是胆囊结石嵌顿胆囊颈部引起胆囊内压力升高,血运受阻所致胆囊壁坏疽穿孔,少数也可发生在胆系损伤和外科手术之后 ^[11-14] 。
临床表现	①症状轻微。除因腹腔内大量胆汁性液体所造成的腹胀外,一般无其他不适。有些患者根本没有症状或开始有些症状(黄疸、恶心、呕吐)不经治疗可自行缓解。一般不伴发热。②体征轻微,往往仅右上腹有轻或中度压痛,一般无反跳痛及肌紧张。有些患者根本没有临床阳性体征。	①症状严重,右上腹、上腹部或全腹持续性疼痛且伴发热。②体征明显,全部有右上腹、上腹部或全腹压痛、反跳痛及肌紧张等腹膜刺激征,有些患者可以出现心动过速和低血压。
化验检查	白细胞计数正常或轻度升高,平均 $12.5 \times 10^9/L$	白细胞计数明显升高,平均 $18 \times 10^9/L$
腹腔内胆汁样液体量	可达 10 000 ml 以上,平均 4 800 ml	平均 1 700 ml
从术后出现症状到进行手术时间间隔	2~150 d,平均 30 d	3 h~20 d,平均 4 d
治疗措施	在 B 超或 CT 引导下行腹腔内引流	剖腹探查,对胆系进行修补加引流
预后	预后良好,病死率在 10% 以下	预后较差,病死率在 20% 以上

6 预防措施

胆汁性腹水的发生与胆囊切除术中对胆囊肝床处理不当,遗漏渗漏胆汁的迷走胆管有关。因此,术中一定要将胆囊肝床可见的或疑有的渗漏胆汁的迷走胆管进行烧灼处理,不得遗漏。这是预防胆囊切除术后胆汁性腹水发生的重要措施^[3]。

7 预后

胆汁性腹水比胆汁性腹膜炎预后良好。文献报道胆汁性腹水的病死率在 10% 以下^[1],而胆汁性腹膜炎的病死率在 20% 以上^[1]。

参考文献

- Ackerman NB, Sillin LF, Suresh K. Consequences of intraperitoneal bile: bile ascites versus bile peritonitis. *Am J Surg*, 1985, 149: 244-246.
- 曹月敏, 魏树生. 胆汁性腹水一例报道. *中华消化杂志*, 1989, 9: 124.
- 曹月敏, 暴雷, 常迎彬, 等. 胆囊切除术后胆漏致严重胆汁性腹水四例分析. *中华普通外科杂志*, 2004, 19: 445-446.
- 鲜其福, 李钠, 刘续东. LC 术后并发症胆汁性腹水 2 例报告. *中国内镜杂志*, 2002, 8(2): 6.
- Jonkers GJ, de Vries PJ, Hagen WA, et al. Bile ascites after choledochotomy. *Neth J Med*, 1988, 33: 236-242.
- Taormina V, McLean GK. Chronic bile peritonitis with progressive bile ascites: a complication of percutaneous biliary drainage. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 1985, 8: 103-105.
- Sahni A, Thapa BR, Mehta S. Bile ascites following percutaneous trucut needle liver biopsy. *Indian J Gastroenterol*, 1990, 9: 98-99.
- Nikolaev NO, Grishin SG, Startsev AI, et al. Biliary ascites and biliary peritonitis. *Vestn Khir Im I I Grek*, 1988, 141: 25-28.
- Morgenstern L, Berci G, Pasternak EH. Bile leakage after biliary tract surgery. *Endoscopic perspective*. *Surg Endosc*, 1993, 7: 432-

- 438.
- 章义农. 胆汁性腹水 1 例报告. *华北煤炭医学院学报*, 2002, 4(1): 3.
- Andersson R, Tranberg KG, Bengmark S. Bile peritonitis in acute cholecystitis. *HPB Surg*, 1990, 2: 7-12.
- Maheshwari M, Parekh BR, Lahoti BK. Biliary peritonitis: a rare presentation of perforated choledochal cyst. *Indian Pediatr*, 2002, 39: 588-592.
- Slater K, Strong RW, Wall DR, et al. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. *ANZ J Surg*, 2002, 72: 83-88.
- Sirakov M, Chupetlovski S, Panov TS, et al. Biliary peritonitis: retrospective analysis of the disease. *Khirurgiia (Sofia)*, 2001, 57: 19-21.

(收稿日期 2005-01-06)
(修回日期 2005-02-18)

编者按 曹月敏教授根据自己丰富的临床经验就胆汁性腹水的病因、临床表现、诊断、治疗与预防作了全面阐述,很有必要。胆汁性腹水不同于胆漏:前者临床表现轻微,经穿刺引流多可治愈,而胆漏常引起病死率很高的弥漫性腹膜炎,常需剖腹探查,修补胆系,两者处理原则截然不同。提高对胆汁性腹水的认识无疑可避免不必要的剖腹手术。国内外报道病例数均不多,可能与人们的认识不足有关。随着腹腔镜胆囊切除术(LC)的广泛开展以及人们对胆汁性腹水认识的提高,其真正的发生率可能有升高趋势。究其病因,作者提出与胆囊床处理不当有关。但迷走胆管造成的胆漏为何不形成胆汁性腹膜炎而造成胆汁性腹水?机理尚不清楚,有待同道们共同探讨。对其预防,曹教授提出“术中一定要将胆囊肝床可见或疑有的渗漏胆汁的迷走胆管全面点式烧灼处理,不得遗漏”可供同道们借鉴。刊登此文以引起同道们对胆汁性腹水的注意,一旦 LC 术后引流管中出现胆汁,注意鉴别系胆漏抑或胆汁性腹水。也希望同道们对其病因、诊断、治疗与预防共同进行深入研究。