

## · 经验交流 ·

## 直视微创胆囊切除术严重并发症 5 例分析

巨勇军 赵胜利

(陕西省岐山县中医院外科 岐山 722400)

【内容提要】 本文报道 2002 年 2 月~2004 年 12 月我院施行直视微创胆囊切除术 300 例出现的 5 例严重并发症的诊治经过。胆总管损伤 1 例,开腹行胆肠 Roux-en-Y 吻合术治愈,因钛夹滑脱胆囊动脉出血致失血性休克 2 例,开腹重新夹闭后治愈,胆漏 2 例,1 例开腹重新夹闭治愈,1 例开腹缝扎后治愈。直视微创胆囊切除术发生严重并发症的原因是:局部炎症明显,胆囊三角区解剖困难,术者的经验欠丰富,操作欠熟练。

【关键词】 直视微创胆囊切除术; 并发症; 胆漏; 失血性休克; 胆总管损伤

中图分类号 R657.406

文献标识 B

文章编号 1009-6604(2006)03-0237-02

直视微创胆囊切除术是借助微创胆道器械,在直视下通过腹壁微小切口(2.5~3.5 cm),在腹腔内形成一个照明和暴露的操作空间,行胆囊切除。王鹏等<sup>[1]</sup>首先在国内开始了该项技术的研究。因其创伤小、痛苦小,所以众多基层医院先后开展了此项技术,并取得较为满意的疗效,但对该手术产生并发症的报道并不多见。2002 年 2 月~2004 年 12 月,我院施行直视微创胆囊切除术 300 例,发生严重并发症 5 例,发生率为 1.7%(5/300),无死亡病例。现将并发症发生的原因和处理报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 5 例,男 2 例,女 3 例。年龄 38~53 岁,平均 42.5 岁。急性炎症期 1 例,慢性炎症期 4 例。术前 B 超检查示结石性胆囊炎,手术指征明确。既往无手术史,手术时间 40~90 min。术后病理诊断为结石性胆囊炎。

### 1.2 方法

连续硬膜外阻滞麻醉。右上腹旁正中切口 2.5~3.5 cm 入腹,放置型号适中的冷光源单钩 3 把。显露胆囊及胆囊三角,分离、解剖 Colot 三角,分辨“三管一壶”结构,置钛夹夹闭胆囊管、胆囊动脉,并剪断,顺性剥离胆囊床,电凝止血。根据手术中的具体情况决定是否放置引流管。

## 2 结果

胆总管损伤 1 例,女,术后 2 d 出现进行性黄疸伴发热;B 超检查未见异常,肝功能及尿常规检查提示梗阻性黄疸;剖腹探查见肝总管下端被横断夹闭,胆总管部分被切除,胆总管十二指肠后段被钛夹夹闭。行胆肠 Roux-en-Y 吻合术治愈。

失血性休克 2 例,1 例是刚开展此手术的早期病例,男,消瘦,手术过程顺利。4 h 后患者血压偏低,经过用升压药治疗后无好转,腹腔穿刺抽出血性液,急诊在局麻下经原切口手术,证实为胆囊动脉出血,重新夹闭血管并清除积血,同时给予输血、抗休克治疗,治愈。另 1 例,女,手术过程顺利,未放置引流管,结果术后 2 h 出现恶心、呕吐,6 h 后血压下降,经腹穿后诊断为术后失血性休克,急诊在硬外麻醉下经原切口手术探查,发现胆囊动脉出血,重新夹闭后治愈。

胆漏 2 例,1 例,男,术中麻醉不满意,手术过程顺利,术后 24 h 经引流管引流出 420 ml 胆汁,重新施行连续硬膜外阻滞麻醉,经原切口探查,证实为副胆管漏,重新夹闭治愈。检查胆囊管、胆囊血管的处理均无异常。另 1 例,女,手术处理胆囊管及血管均顺利,剥离胆囊床似有 1 小条索粘连,剥离后有出血,压迫后无出血。术后 24 h 引流出胆汁 400 ml,检查胆管、胆囊管残端均无异常,证实为迷走胆管漏,缝扎后治愈。

## 3 讨论

直视微创胆囊切除术是借助于特殊的光源和器械,在直视下通过腹壁微小切口,按照一定的操作规范,对胆囊管、胆囊血管、胆囊床进行微创分离和处理的一种胆囊切除术<sup>[1]</sup>。术者应有一定的胆道外科手术经验,术前要严格的选择病例,并重视每一例手术操作,切忌草率粗暴。

本组中的胆管损伤,是术者未能辨清“三管一壶”结构,误将肝管切断,因未及时发现,又改逆行性胆囊切除术,结果又将部分胆总管切除,术后出现逐渐加重的黄疸、发热。再次手术探查,明确诊断,行 Roux-en-Y 胆肠吻合术,治愈出院。本组手术病例均是在急性炎症期,胆囊三角区粘连较严重,组织结构欠清,加上操作医生经验欠缺,以致造成胆管的严重损伤。因此,在解剖胆囊三角时,若没有辨清胆总管、肝

总管 ,坚决不能切断你所认定的“胆囊管”。

胆囊切除术后出血 ,是手术结束前未能详细检查胆囊管残端 ,胆囊动脉近端以及胆床这 3 个重要部位。本组中的出血系胆囊动脉上的钛夹滑脱所致。置钛夹时钳夹组织较少 ,术中又要调整拉钩、缚纱 ,反复摆动 ,以致钛夹滑脱或松动 ,以致术后出血。因未置引流管 ,出血早期诊断困难 ,以致引起休克。因此 ,手术结束前 ,要重新检查上述 3 个部位 ,避免发生并发症。

胆漏多为副胆管损伤或胆床上的迷走胆管损伤引起 ,胆囊管夹闭不全也可引起胆漏<sup>[2]</sup>。本组 2 例胆漏 ,1 例为副胆管漏开腹重新夹闭治愈 ;1 例为胆囊床上迷走胆管漏 ,经开腹缝扎后治愈。手术中为防止胆囊管引起胆漏 ,对较粗的胆囊管要用 7 号丝线双重结扎然后再离断 ,以免钛夹夹闭不全引起胆漏。常规在肝下放置负压引流管 1 根 ,可防治胆漏 ,并能观察有无术后出血。

直视微创胆囊切除术是“孔洞外科”手术 ,术野显露仍较局限 ,手术主要依靠微创手术器械和手术操作程序与技巧完成<sup>[3]</sup>。入腹后遇有复杂情况 ,应知难而退 ,延长手术切口 ,暴露充分 ,才是防治严重并发症的关键。

参考文献

1 王 鹏 ,孙朝英 ,田学军 ,等. 直视微创无痛胆道手术的研究(附 322 例报告). 中华实用医学 2002 4( 1 ) 24 - 28.

2 马 涛 ,汤衍斌 ,罗 蕾 ,等. 腹腔镜胆囊切除术严重并发症 10 例分析. 中国微创外科杂志 2005 5( 4 )282 - 283.

3 汤浪崖 ,陈 浩 ,罗宏宇. 直视微创无痛胆囊切除术 50 例报告. 中国微创外科杂志 2004 4( 5 ) 71 - 75.

( 收稿日期 2005 - 03 - 29 )

( 修回日期 2005 - 09 - 12 )

· 读者 · 作者 · 编者 ·

作者投稿须知

1. 仔细阅读本刊稿约( 第 1 期 ) ,务必逐条按稿约要求撰写。
2. 来稿请附单位推荐信。推荐信应注明对稿件的评审意见以及证明临床资料或材料真实、排名无争议、无一稿两投。已在非公开发行的刊物上发表 ,或在学术会议上交流的文稿 ,或已用其他语种发表过的文稿 ,不属一稿两投 ,但须注明首次发表的刊物。一旦发现一稿两投将立即退稿 ,一旦发现一稿两用 ,本刊将刊登该文系重复发表的声明 ,并通报相关兄弟刊物 2 年内拒绝以该文第一作者为作者的任何来稿。
3. 本刊可以 E-mail 投稿( 主题注明“投稿” ) ,但必须同时寄来单位推荐信和稿件处理费 ,编辑部收到推荐信和稿件处理费后 ,稿件才能进入审理程序。
4. 作者单位特指课题完成单位( 亦临床资料所在单位 )。
5. 本刊对所有来稿均登记、编号 ,并将回执寄( 或 E-mail )给第一作者或通讯作者。自回执寄出之日起满 3 个月 ,作者仍未收到稿件处理结果的通知 ,请致电本刊编辑部了解稿件处理情况。如欲转投它刊 ,请告知。
6. 论著须附中、英文摘要 ,摘要必须包括目的、方法、结果、结论四部分。考虑到我国读者可阅读中文原著资料 ,中文摘要可简略些( 400 字左右 ) ,英文摘要则相对具体些( 600 个实词左右 )。“方法”要求具体 ,切忌简单如“回顾分析某年至某年我院 × × × 病的临床资料”。“结果”要求给出主要数据 ,包括统计具体方法和具体统计值。“结论”要与文题相符 ,与“目的”贴切。
7. 对比性研究的论文须注意在临床资料有可比性的前提下才能进行比较 ,凡对结果有可能产生影响的因素( 一般资料与方法 )治疗前均应做统计学处理 ,差异无显著性才能进行比较 ,并应在文稿中将比较的因素和统计方法、具体结果列表说明。
8. 国家或省部级自然科学基金项目 ,拟报国家或省部级科技成果项目 ,重大技术创新或引进国外新技术、新方法 ,首次发表的项目( 须有省级以上查新报告 ) ,经编委审阅确认后可优先刊登。急需刊登的稿件 ,至少在 3 个月以前寄到编辑部 ,经审阅确定可以刊登后 ,适当收取稿件加急处理费。
9. 稿件中请留下最便捷的联系方式( 手机、E-mail 地址、传真等 ) ,以方便联系。

《中国微创外科杂志》编辑部