

· 临床论著 ·

胆道术后胆漏的内镜微创治疗

杨 波 麻树人^① 周文平 张 宁^① 李顺明 展德廷 程广明 杜晓矩 朱善德 李荫山

(沈阳军区总医院肝胆外科, 沈阳 110016)

【摘要】 目的 探讨胆道术后胆漏内镜治疗的效果。 **方法** 回顾性分析 2000 年 1 月~2005 年 1 月我院行内镜逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP), 十二指肠乳头切开术(endoscopic sphincterotomy, EST), 鼻胆管引流术(endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)或胆道内支架植入术治疗 15 例胆道术后胆漏的临床资料。 **结果** 15 例胆漏全部治愈, 随访 6~12 个月, 平均 9.3 个月, 无再发胆漏。 **结论** 内镜对胆道损伤后胆漏的治疗, 具有创伤小, 治疗时间短, 安全有效的特点, 但对胆总管横断伤的治疗有局限性。

【关键词】 胆道损伤; 胆漏; 内镜

中图分类号: R657.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)04-0296-02

胆漏是临床上常见的胆道术后或医源性胆道损伤的并发症, 近年来随着腹腔镜在胆道手术中的广泛应用, 医源性胆道损伤的发生呈上升趋势。本文回顾性分析 2000 年 1 月~2005 年 1 月我院行内镜治疗胆道术后胆漏 15 例, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 15 例, 男 6 例, 女 9 例。年龄 35~70 岁, 平均 56 岁。行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)11 例, 开腹胆囊切除术(open cholecystectomy, OC)2 例, 开腹胆囊切除术联合胆道探查术 2 例。15 例中腹痛 13 例; 发热 8 例, 其中体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 6 例; 黄疸 5 例(总胆红素 $20.7\sim95.6\mu\text{mol/L}$)。15 例为术后 1~7 d, 经过 B 超、CT、磁共振胆胰管显影检查 5 例(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP), 逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)检查 15 例证实为胆漏。15 例胆漏腹腔体外引流管胆汁引流量 $100\sim400\text{ ml/d}$ 。

B 超、CT 及 MRCP 诊断胆漏标准: 胆道术后腹腔内胆道周围有液体积聚, 周围引流管或腹腔穿刺管抽吸出胆汁样液体, 胆红素明显增高。

1.2 方法

首先行 ERCP, 进一步明确胆漏诊断及胆道损伤的部位、性质及程度, 继而行 EST 及 ENBD, 若有胆道狭窄则行胆道内支架植入术。行腹腔外引流同

时, 给予生长抑素($3\ 000\text{ U/d}$, 持续静脉滴注, $1\sim6\text{ d}$)和重组生长激素(Saizen, 10 U/d , 皮下注射, $7\sim14\text{ d}$)等药物治疗。

ERCP 诊断胆漏标准: 造影剂溢至胆管外, 其胆管外溢处即为漏口处。拔除 ENBD 管指征: 经过 ENBD 管胆道造影, 无胆汁外溢, 再留置 ENBD 管 2~3 d 后拔除。

2 结果

15 例胆漏中, ERCP 诊断胆总管胆漏 7 例, 肝总管胆漏 3 例, 右肝管胆漏 4 例, 肝总管合并右肝管胆漏 1 例, 漏口直径 $0.5\sim1.5\text{ cm}$ 。本组病例不包括胆总管完全横断伤。单纯行 EST 及 ENBD 6 例, 行 EST 联合胆道内支架植入术(塑料支架 $F_{8.5}$ 、 F_{10} 或 F_{12}) 9 例。15 例术后当日平均胆汁引流量 $<100\text{ ml}$ 。治疗前胆汁引流量 $<100\text{ ml/d}$ 5 例, 术后 2 周治愈; $100\sim300\text{ ml/d}$ 8 例, 术后 5~6 周, 平均 5.5 周治愈; $>300\text{ ml/d}$ 2 例, 术后 6 周治愈。治疗前发热 8 例, 治疗后第 1 天体温 $>38.5^{\circ}\text{C}$ 2 例, 第 3 天后体温全部正常。经 ENBD 管造影显示胆漏消失, 2~3 d 后拔除 ENBD 管; 1 周后拔腹腔引流管。内支架安置时间为 3~6 个月。15 例住院 7~42 d, 平均 16 d。15 例随访 6~12 个月, 平均 9.3 月, 无一例再发胆漏。术后无胆管狭窄、胆道内支架脱道。术后 3 例发生胆管炎, 经对症治疗后均痊愈。

^① (沈阳军区消化内镜中心, 沈阳 110016)

3 讨论

3.1 胆道损伤后胆漏发生的原因、特点及内镜治疗的必要性

胆漏多发生于胆管或胆管邻近部位的脏器术后,其原因大多由于病理因素导致的胆囊三角解剖结构紊乱及肝外胆管解剖学变异,手术并发症或者手术失误导致胆道损伤^[1],而且多与医源性损伤有关,常伴有胆道狭窄。国外回顾性资料^[2]表明,胆囊切除术并发胆道损伤的发生率为 0.5%, LC 的发生率 0.2% ~ 3.4%。LC 引起医源性胆道损伤的特点:热电效应引起电灼伤和电烧伤,导致肝外胆管的继发性狭窄和组织延迟性坏死,脱落穿孔可能性增加,继而引起胆漏^[3]。随着内镜技术的日臻完善和不断发展,内镜治疗已经成为治疗胆漏的行之有效的方法,通过 EST、ENBD 和胆道内支架植入术,国外已有成功病例报道^[4]。

3.2 内镜治疗的可行性和治疗方式的选择

尽管医源性胆道损伤可破坏胆道的正常解剖结构,引起胆漏或黄疸以及胆道严重感染甚至腹膜炎,但胃、十二指肠、十二指肠乳头结构均未受到损伤,仍可行 ERCP 检查及治疗。Marks 等^[4]报道在 LC 术后 24 h 内实施 ERCP 安全、可行,有助于减少并发症造成的影响。我们治疗胆漏的体会:先行 EST 减轻胆管内压力,使胆汁排泄通畅;同时行 ENBD,具有多个侧孔的引流管前端越过漏孔位置入以减少胆汁从漏口流出。若胆总管损伤导致胆漏,较大漏口处可先放置胆道塑料支架 F_{8.5}、F₁₀ 或 F₁₂,充分引流,以利于漏口的修复和愈合,经 2 ~ 4 周引流,漏口可自行愈合。我们治疗胆道狭窄的体会:明确狭窄的部位和程度是关键,若肝内胆管的狭窄,可行狭窄段胆管气囊导管扩张术,而后再行 ENBD 或行胆管内支架置入术;若肝外胆管狭窄,应慎重使用气囊导管扩张术,尤其是胆道损伤的早期。而较长时间的留置 ENBD 管是非常必要的,须待胆道炎症消失,胆管壁水肿减轻,再根据狭窄程度择期实施胆管内支架置入术,置入的支架材质以塑料支架为宜。

3.3 内镜治疗医源性胆道损伤的优势及局限性

内镜治疗仅须常规咽部麻醉,无须特殊复杂的麻醉和开腹,机体干扰小,而且术前准备时间短。一旦内镜治疗成功,引流效果好,见效快,起到内外引流的效果。而发生医源性胆道损伤的患者,一般体质较虚弱,因而特别适宜要求微创治疗。

黄晓强等^[5]统计国内 2 742 例医源性胆道损伤(1954 ~ 1998 年)外科手术治疗资料表明,胆管损伤后期的修复及预防狭窄比较困难,最佳的修复方式是做胆管空肠的 Roux-en-Y 吻合术联合长期支撑,但其再手术率仍为 19%,放置胆道内支撑管时间 6 ~ 12 个月。本组 15 例胆漏,平均住院 16 d,治疗时间为 1 ~ 6 周,与胆道损伤再手术相比,内镜治疗明显缩短治疗时间;治疗后胆汁引流量 < 100 ml/d,与治疗前胆汁引流量比较明显减少;发热 8 例中,体温 > 38.5 °C 也由术前的 6 例减少到术后 2 例。本组经 ENBD 管造影显示胆漏消失后 2 ~ 3 d,后拔除 ENBD 管,1 周后拔除腹腔引流管。内支架安置时间为 3 ~ 6 个月。以上表明充分的胆道内引流可以明显减轻高胆红素血症和脓毒血症对机体的损害。

本文仅对出现胆漏和胆道狭窄的医源性胆道损伤的治疗进行探讨,内镜治疗胆总管完全横断伤,尤其胆总管完全横断伤的医源性胆道损伤也有其局限性。

参考文献

- 1 黄志强,主编.现代腹部外科学.长沙:湖南科技出版社,1995. 521 - 522.
- 2 黄志强.腹腔镜外科时代的胆道操作问题.肝胆外科杂志,1998,6(2):65 - 66.
- 3 陈训如,主编.微创胆道外科手术学.北京:军事医学科学出版社,2000.201 - 203.
- 4 Marks JM, Ponsky JL, Shillingstedt RB, et al. Biliary stenting is more effective than sphincterotomy in the resolution of biliary leaks. Surg Endosc, 1998,12(4):327 - 329.
- 5 黄晓强,黄志强.医源性胆管损伤的处理.中国实用外科杂志,2001,21(7):413 - 414.

(收稿日期:2005 - 06 - 28)

(修回日期:2005 - 09 - 12)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

电子邮件“主题”栏务必注明“姓名”与“投稿”

近来,编辑部电子邮箱中经常夹杂大量垃圾邮件,甚至病毒邮件,为防止误删,请各位作者、读者在给编辑部发电子邮件时,邮件“主题”栏请务必注明“× × × (姓名)来稿”、“投稿”、“退修稿”或“意见”“× × 会议”等字样。欢迎通过电子邮件投稿。

《中国微创外科杂志》编辑部