

腹腔镜胆囊切除术胆道并发症 4 例分析

郑宏伟 禹学慧 吴 雷

(河南省郑州矿务局总医院外三科, 郑州 452371)

【内容摘要】 回顾分析 1993~2003 年 970 例腹腔镜胆囊切除术中 4 例胆道并发症, 其中胆总管横断 1 例, 肝总管撕裂 1 例, 胆总管部分坏死 1 例, 胆漏 1 例。经开腹行胆管端端吻合、T 管支撑引流、胆肠 Roux-en-Y 吻合等治疗均治愈。随访 6 个月、3 年、4 年、6 年, 无胆管狭窄等并发症。

【关键词】 腹腔镜; 胆囊切除术; 胆管损伤; 胆漏

中图分类号: R657.4; R619

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2006)10-0808-02

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)已成为治疗胆囊良性疾病的首选方法。但据文献报道, LC 的并发症仍高于开腹胆囊切除术, 尤其是胆管损伤等胆道并发症会给患者带来严重的后果^[1]。我院 1993~2003 年共施行 LC 970 例, 发生胆道并发症 4 例(0.4%), 现将诊治经验报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 4 例, 男 1 例, 女 3 例。年龄分别 38、63、39、43 岁。其中 43 岁女性主诉间断右上腹疼痛 5 年, 加重伴发热 28 h 入院, 体检: 体温 38℃, 右上腹压痛明显、Murphy 征阳性, B 超示: 胆囊增大, 壁增厚 6 mm 呈“双边征”, 囊内多枚强回声光团, 入院 4 h 手术。另 3 例均以反复发作右上腹痛为主要表现, 病史分别 2、3、8 年, 体检右上腹深部压痛, B 超提示胆囊结石合并慢性胆囊炎。所有病例术后病理检查均诊断结石性胆囊炎。

1.2 手术方法

气管插管全麻。建立 CO₂ 气腹, 压力 13~15 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 四孔法操作。常规分离、解剖胆囊三角, 双钛夹分别夹闭胆囊管及胆囊血管, 顺行剥离胆囊床, 电凝胆囊床彻底止血。2 例术后放置腹腔引流管。

2 结果

胆管损伤 3 例: 1 例因胆道变异, 误把胆总管认作胆囊管上钛夹后横断, 中转开腹行胆总管端-端吻合联合 T 管引流术, 术后 6 周拔 T 管后出现进行性黄疸伴上腹痛, 术后 4 个月再次开腹行胆肠 Roux-en-Y 吻合术治愈。1 例因 Calot 三角粘连, 牵引胆囊后误夹部分胆总管, 及时发现去除钛夹, 于 Winslow 孔处放置引流管, 术后第 3 天引流出 200 ml 胆汁, 再次手术探查见胆总管部分坏死, 置 T 管支撑 7 个月, 行 T 管造影无异常后拔管治愈。

1 例术中过度牵拉胆囊致肝总管小裂孔, 且未及时发现, 术后 1 d 出现弥漫性腹膜炎, 再次手术行 T 管支撑引流 6 个月治愈。分别随访 6、4、3 年, 临床及 B 超等检查无胆管狭窄等并发症表现。

胆漏 1 例: 为胆囊结石合并急性胆囊炎, 胆囊壁水肿明显, 手术顺利, 放置引流管 3 d 后拔除, 于术后 5 d 出现腹痛等腹膜炎表现, B 超检查腹腔积液, 阴道后穹窿穿刺抽出胆汁样液体, 开腹手术证实为胆囊管残端钛夹脱落, 缝合结扎胆囊管残端及腹腔引流后治愈。术后随访 6 个月恢复良好。

3 讨论

3.1 胆管损伤发生的原因

①缺乏经验。开展 LC 早期阶段, 胆管损伤发生率较高。Way 等^[2]分析 252 例 LC 胆管损伤的病例, 认为主要原因是视觉错误, 其次为技术错误。本组 4 例损伤均在前 70 例发生。②技术因素。由于 Calot 三角水肿、粘连过重、结构不清, 或分离过程中出血时盲目分离、施夹及电凝或激光止血是导致胆管损伤的重要原因。Olsen^[3]报道, 71% 的胆管损伤与胆囊三角区解剖不清有关。牵引胆囊壶腹, 以期显露胆囊管时, 由于向头侧过度牵引致胆总管弯曲, 被误认为是胆囊管的一部分而误伤, 特别是在胆囊管短粗、缺如或结石嵌顿情况下更容易发生。本组 3 例胆管损伤的发生严格说均与过度牵引胆囊有关, 可谓教训深刻。胆道解剖变异并不少见, 但由此引起的胆管损伤并不多见。

3.2 胆管损伤的预防

首先充分认识 LC 较 OC 有更多的机会发生胆管损伤。除此之外应注意以下几点: ①注意操作者的技能培训, 在有经验的医师指导下进行手术。②胆囊颈部的牵引方向应与胆总管长轴方向垂直, 且用力要适度。操作时要多角度、反复、远近仔细观察, 有利于 Calot 三角的

(下转第 811 页)

(上接第 808 页)

解剖。在胆囊管完全暴露后,应放松牵引,必要时可先将肝门部的胆囊床进行部分游离,从而清楚显露胆囊管、胆囊血管及其与胆管的关系,明确见到胆囊管与胆总管的连接关系后再以钛夹夹闭。③适当降低中转手术的标准。对胆囊管结石嵌顿、Calot 三角水肿、粘连较重,解剖不清、变异,或遇有不易控制出血时,切忌用电切、电凝或钛夹盲目分离、烧灼或施夹止血,而应及时中转开腹。④解剖胆囊管应于颈管交界处开始,且适度分离胆囊管的长度(0.5 cm 已可满足施夹需要),不应过于靠近胆总管。⑤若胆囊管水肿较重,在上钛夹时近端可上 2 ~ 3 个钛夹,且最接近胆总管的钛夹不能太紧,防止胆囊管坏死、钛夹脱落。本组 1 例胆囊管水肿,术中考虑到钛夹脱落可能,于近端上了 3 个钛夹,由于夹闭过紧而致胆囊管坏死钛夹脱落引起胆漏。⑥术中始终保证器械在视野内移动,在最佳视野下进行操作,切勿盲目移动器械,以免误伤脏器,造成严重后果^[4]。

3.3 胆管损伤的处理

胆管损伤的病死率较高。早期多死于感染,后期死于肝功能衰竭或门脉高压等并发症。早期确诊、治疗是减少病死率的重要措施。一旦发现、确诊胆管损伤,均应立即处理:①绝大多数胆管损伤均发生在管径小、管壁薄不扩张的胆管。故单纯胆管修补极易发生胆管狭窄,应经胆囊管或胆总管放置 T 管支撑引流处理,且至

少保留 6 个月^[5]。本组 1 例胆总管横断伤行胆管吻合,但术后未引起足够重视,于术后 6 周过早拔除 T 管导致胆管狭窄而再次胆肠吻合术,应引以为戒。②对胆管完全横断甚至切除的病例,多数选择做 Roux-en-Y 胆肠吻合术^[6]。③对于术后再次狭窄的病例,最好等待狭窄胆管的近肝端有一定程度扩张后进行胆肠吻合,保证宽大的吻合口。④对胆管局限性狭窄病例,可经纤维十二指肠镜行胆管气囊扩张术等介入治疗。

参考文献

- 1 陈训如.我国开展腹腔镜胆囊切除术的现状与展望.腹腔镜外科杂志,2003,8(4):193-195.
- 2 Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries; analysis of 259 cases from a human factor and cognitive psychology perspective. Ann Surg, 2003, 237: 460-469.
- 3 Olsen D. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc, 1997, 11: 133-138.
- 4 刘国礼,主编.现代微创外科学.北京:科学出版社,2003. 123-125.
- 5 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.
- 6 梁久银,徐义仁,刘其春,等.腹腔镜胆囊切除中转开腹原因分析.武警医学,1994,5(5):271-273.

(收稿日期:2005-08-02)

(修回日期:2006-01-04)