

右肝管破裂全腹膜炎腹腔镜下一期修复成功 1 例报告

陈先祥 蔡庆和 王江华

(鄢阳医学院附属人民医院肝胆外科, 十堰 442000)

中图分类号: R657.3

文献标识: D

文章编号: 1009 - 6604 (2009) 09 - 0858 - 02

1 临床资料

患者, 男, 67 岁, 车祸伤右侧胸腹部后疼痛 1 天于 2007 年 10 月 6 日入院。查体: 体温 35.8℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 26 次/min, 血压 126/80 mm Hg, 神志清楚, 平车推入病房, 胸廓挤压试验(+), 双肺呼吸音清晰, 右下肺呼吸音低, 心音有力, 律齐。腹稍隆, 全腹压痛, 右侧腹压痛明显, 有反跳痛, 全腹腹肌紧张, 无明显移动性浊音, 肝浊音界存在, 肠鸣音弱。肝脏 B 超示肝右叶不均质改变(挫伤可能), 右侧胸腔少量积液。CT 平扫示: 右侧第 4~5 肋骨骨折, 右侧胸腔、腹腔少量积液, 双下肺膨胀不全, 右侧肾上腺区占位。腹腔穿刺未抽出液体及气体, 观察 1 小时, 腹痛加重。术前诊断: ①胸腹部闭合性损伤;

肝挫伤? 胰腺挫伤? 空腔脏器穿孔? ②弥漫性腹膜炎。急诊在全麻下行腹腔镜探查术, 术中见腹腔黄染, 大量胆汁样物及少许血性渗液。胆囊从胆囊床撕脱, 未见破裂、穿孔。肝右前叶脏面(胆囊颈部后下方)肝脏有一小裂伤, 裂伤内见肝右前叶肝管撕裂穿孔, 有大量胆汁样物及少许血性渗液溢出。探查脾脏、胰腺、胃肠等未见明显损伤。吸引腹腔积液后用电凝钩热分离胆囊床切除胆囊。显露出胆总管, 穿刺确认无误后用电凝钩纵行切开胆总管, 纤维胆道镜无法进入肝右前叶胆管。胆总管置 22 号 T 管, 用 4-0 可吸收带针缝线间断全层缝合胆总管切口。T 管近侧端通过损伤的右肝管端端吻合部位, 断端靠拢吻合。冲洗检查见肝右前叶脏面裂伤处有冲洗液流出, 肝脏裂伤处缝合修补 2 针。冲洗腹腔,

确认创面无活动性出血及明显胆漏后,于温氏孔置腹腔引流管一根。术后予以抗感染、抑制胰酶分泌、止血、护肝及对症支持治疗,术后腹腔引流管引流量逐渐减少,未见胆汁,3 天拔出腹腔引流管,7 天拆线,术后 12 天夹闭 T 管后无恶寒、发热、黄疸。2 个月行 T 管造影后拔出 T 管,随访 1 年未见肝管狭窄、胆管炎、胆管结石、腹痛、发热及黄疸。

2 讨论

严重肝创伤常伴有较大的肝血管或肝胆管损伤,文献报道其病死率为 31% ~ 76%^[1]。医源性胆道损伤是 LC 常见并发症,相对于外伤致单纯胆道损伤临床报道较多见。随着腹腔镜手术的普及及技术提高,以及各种改善和配套腹腔镜手术的设备,使其适应证和手术范围也在不断扩大,急诊腹腔镜手术也逐渐得以开展。腹腔镜技术由于创伤小,能在直视下手术,具有很高的诊断价值^[2~4],同时还能进行治疗。不但可以对闭合性腹部外伤进行早期诊断,减少误诊、漏诊率,而且还能及时治疗,提高临床治疗效果。

胆道外伤的早期诊断很重要,特别是伤员有腹部闭合性损伤则诊断往往有困难。结合文献及我们对 1 例右肝管破裂进行治疗的体会,下列几点对于诊断有重要意义:①有右上腹损伤或下胸部肋骨骨折和上述部位外伤伤痕;②右上腹或肝区疼痛;③外伤后右上腹部压痛及反跳痛,腹肌紧张,肝区叩击痛,肝浊音界扩大,肠鸣音减弱;④血流动力学相对稳定,但腹膜炎体征较重,这对胆道外伤诊断有重要价值。这时应考虑胆道外伤的可能,或者应考虑肝实质损伤轻,胆道损伤重,不能仅仅满足于闭合性肝损伤疾病的诊断,对诊断性腹腔穿刺阴性的患者亦不能排除胆道外伤,应多部位反复进行。所有的辅助检查均应在病情允许的前提下进行,对生命体征平稳但有腹膜炎的患者,应在诊断性腹腔穿刺前行 X 线检查。B 超诊断腹腔积液较敏感,而 CT 对实质性脏器破裂的诊断有价值,急诊腹腔镜技术目前主要适用于经上述检查仍难以确定的病例,以减少不必要的剖腹术。

探查术中决定是否用腹腔镜治疗胆道外伤,关键是肝实质和肝管损伤的情况。对胆道外伤肝损伤部位的少量渗血,伴有较大的胆管损伤时应行胆总管切开放置 T 管引流减压,这是避免术后胆漏、感染等的重要措施。充分的肝周引流是减少腹腔内积血、积液及膈下感染、胆汁性腹膜炎的重要环节,并可通过引流观察出血及胆漏情况。处理肝胆管单纯裂伤可行细针细线的一期缝合;如损伤较重,有少许组织缺损,应行缝合后内支撑。本例腹腔镜下一期修复、胆囊切除、胆总管切开放置 T 管引流减压,术后无并发症发生,恢复迅速,避免了不必要的剖腹手术给患者带来的痛苦。如组织缺损严重,处理困难,中转开腹是明智的选择,腹腔镜探查也对开腹手术切口的选择和器械的准备创造了有利条件^[5]。术中如发现积血难以清除或其他原因腹腔难以探查清除,或内脏损伤无法在腹腔镜下处理,应及时中转开腹手术^[6]。下列情况应视为腹腔镜检查和治疗禁忌证:①有腹部手术史,考虑广泛腹腔粘连者;②术前明确诊断合并有胰、肾及空腔脏器损伤者;③已明确为Ⅲ级肝损伤,血流动力学不稳定者;④合并有胸部损伤者^[7]。

参考文献

- 1 胡伏保,曾志良,黎惠娟,等. 肝外伤治疗的选择与探讨. 中国临床医学,2002,9(6):664-665.
- 2 刘国礼. 腹腔镜外科的微创意义. 中国微创外科杂志,2002,2(1):6-7.
- 3 Chung RS, Diaz JJ, Chari V. Efficacy of routine laparoscopy for the acute abdomen. Surg Endosc,2004,12(3):219-221.
- 4 Choi YB, Lim KS. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma. Surg Endosc,2002,17(3):421-427.
- 5 严立俊,汤利民,王益强,等. 腹腔镜在肝损伤中的应用. 中华创伤杂志,2006,22(1):61-62.
- 6 胡立强,尹立雄,龙在峰,等. 腹腔镜在肝外伤中的应用. 中国微创外科杂志,2003,3(2):167.
- 7 郑兰东,李灵霞,丁颖,等. 腹腔镜用于闭合性肝损伤诊疗 34 例. 第四军医大学学报,2004,25(19):1756-1766.

(收稿日期:2008-11-26)

(修回日期:2009-01-18)

(责任编辑:王惠群)