

# 腹腔镜胆囊切除胆管损伤 6 例分析

陆 飞\* 陆彦岑<sup>①</sup> 邬匡杰 田 佳 毕 杰 蔡 兵

(江苏省无锡市人民医院肝胆外科, 无锡 214023)

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2017)12-1142-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2017.12.025

胆道损伤是腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)常见且严重并发症,一旦损伤,处理困难,后果严重。2014 年 1 月~2016 年 1 月,我院收治 LC 胆道损伤 6 例(其中 2 例由外院转入),现将经验总结如下。

## 1 临床资料

本组 6 例,男 2 例,女 4 例。年龄 23~72 岁,平均 44 岁。术前完善各项检查,无手术禁忌证,行 LC。术中胆总管横断伤 2 例,胆总管侧壁损伤 2 例,肝总管、左右肝管横断缺损 1 例,右肝管部分夹闭伤 1 例,具体如下:

例 1,男,72 岁,腹痛、发热 3 天抗生素治疗未缓解,以急性结石性胆囊炎行 LC,术中因胆囊三角处炎症粘连严重,游离时误认胆总管为胆囊管将其切断,切除胆囊后发现胆汁渗出,中转开腹,因缺损周径的 4/5,端端吻合困难,胆总管近端修整后行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,术后 2 周出院。随访 23 个月,急性胆管炎发作 1 次,抗生素治疗缓解,MRCP 检查未见胆肠吻合口狭窄。

例 2,女,23 岁,腹痛、发热 2 天,术前 B 超及 MRCP 检查胆囊肿大,LC 术中见胆囊管内 0.5 cm 结石嵌顿并与肝总管并行,解剖胆囊三角时,将肝总管、左右肝管切断并夹闭,中转开腹,见肝总管分出左、右肝管处已切除 1 cm,行左、右肝管整形后做盆式胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,术后 10 天出院。随访 28 个月,无腹痛、发热、黄疸等。

例 3,女,35 岁,因结石性胆囊炎在外院行 LC,手术顺利,未留置腹腔引流管,术后 3 天出现腹膜炎

体征,B 超检查显示腹腔内游离积液,腹腔穿刺为胆汁,急转入我院行剖腹探查,见胆总管侧壁 0.3 cm 小孔状坏死缺损,考虑为电凝所致,用 5-0 可吸收线连续缝合 4 针行胆总管损伤修补,T 管支撑外引流,术后 9 天出院,术后 6 个月拔除 T 管。随访 18 个月,无腹痛、发热、黄疸等。

例 4,女,45 岁,因结石性胆囊炎在外院行 LC,手术顺利,未留置腹腔引流管,术后 5 天出现腹膜炎体征,腹腔穿刺提示胆漏,术后 7 天转入我院行剖腹探查,见胆总管横断伤,因局部炎症、水肿明显,无法行一期确定性手术,吸尽胆汁后,在胆道近端置管外引流,术后 3 个月行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,术后 2 周出院。随访 25 个月,无腹痛、发热、黄疸等。

例 5,男,51 岁,因结石性胆囊炎行 LC,术中夹闭胆囊管时,过度牵拉胆囊致胆总管侧壁夹闭伤,为 Hem-o-lok 齿槽所伤,术中无胆汁渗出,未留置腹腔引流管,术后 2 天出现腹痛、腹胀、发热,行 B 超引导穿刺抽液为胆汁,考虑胆汁性腹膜炎,腹腔置管引流,患者拒绝手术探查,行内镜下左、右肝管塑料支架植入内引流,术后 2 周外引流量减少后拔除外引流管,术后 6 个月去除支架。随访 10 个月,无腹痛、发热、黄疸等。

例 6,女,39 岁,因结石性胆囊炎行 LC,术后 1 周复查肝功能, $\gamma$ -谷氨酰转肽酶(GGT)242 U/L(正常值 < 64 U/L),术前在正常范围,行 MRCP 检查,与术前对比考虑右肝管部分夹闭损伤(图 1)。术者回忆术中解剖胆囊三角时,因出血盲目上可吸收夹止血可能误伤右肝管。术后 1、3、6、12 个月复查肝功能 GGT 均高于正常,最后一次为 137 U/L,复查 MRCP 无变化,无腹部不适,患者拒绝剖腹探查。

\* 通讯作者, E-mail: lufeiwk@163.com

① (中国医科大学公共卫生学院 102 期, 沈阳 110013)

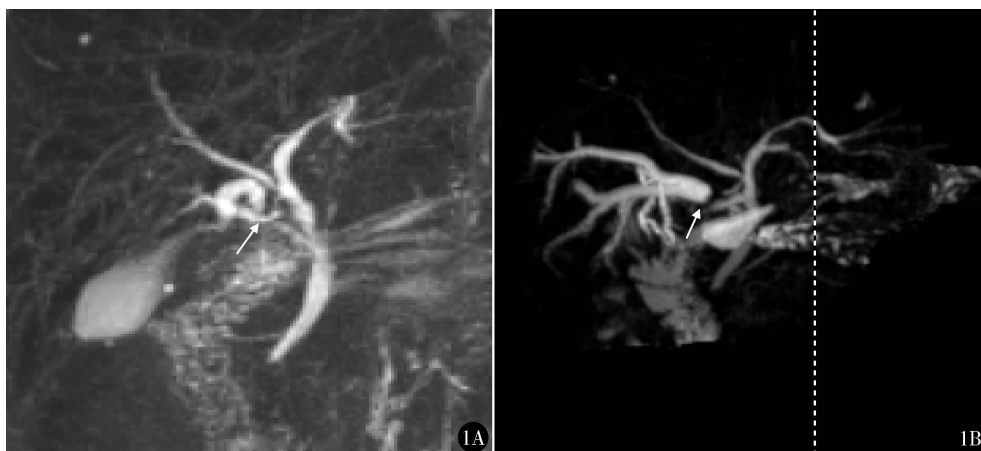


图 1 术前(A)与术后1周(B)MRCP比较,考虑右肝管部分夹闭损伤

## 2 讨论

LC 所致胆道损伤是一种严重的并发症,若早期发现,处理及时得当,给予确定性治疗,可能获得好的预后<sup>[1]</sup>。

胆道损伤的常见原因是,由于肝门部胆囊三角区炎症粘连严重、解剖不清,导致游离时误将胆总管当作胆囊管处理而损伤;胆囊管汇合处过高或过低,并与胆总管并行,难以确认,易致肝外胆管损伤;术中操作粗暴撕裂致伤,或贸然夹闭,或在贴近胆总管或肝总管游离时用电凝钩伤及,导致胆管壁局灶性坏死引起胆漏;术中过度牵拉胆囊管,致胆管移位,导致胆管侧壁夹闭伤等;另外,胆道损伤也与术者操作经验有关,术中解剖上误认是损伤胆道的最常见原因。本院发生的 4 例胆道损伤与解剖因素、操作者误认、胆囊管过度牵拉损伤等原因有关。

目前我国 LC 胆管损伤的发生率为 0.30% ~ 0.60%,只要是肝胆外科医师,无论经验丰富与否,都不能避开胆道损伤的问题<sup>[2]</sup>。对于初学者,医生的技术与经验是手术成功的关键,手术适应证的掌握非常重要,由简单到复杂、困难胆囊,是一个循序渐进的过程,不能操之过急。对于熟练的肝胆外科医师,做每一例胆囊切除都要高度重视,认真对待术前各种检查,特别是 MRCP,了解胆道是否变异,不要以为 LC 是小手术而掉以轻心。本院 4 例 LC 胆管损伤的术者都是高年资医生,应该吸取教训,并引以为戒。而外院转入的 2 例术者都是初学者。另外,术中要牢记一切操作应紧贴胆囊壁及胆囊壶腹部,充分显露出胆囊壶腹部后,分出胆囊管,分清胆囊管、肝总管、胆总管与胆囊壶腹部关系后,离断胆囊管。若胆囊三角结构关系不清,应及时中转开腹,必要时

在分出胆囊壶腹部后,不必向胆总管方向过度游离胆囊管,可在近壶腹部离断胆囊管,防止损伤胆道。在胆囊三角粘连严重时,尽量避免使用电凝或电切,避免盲目使用腔镜夹而误伤胆管。

对胆管损伤的处理,除了正确面对术中可能出现的胆管损伤外,正确开展确定性的胆道修复手术至关重要<sup>[3]</sup>。本组 6 例胆道损伤,除 1 例拒绝处理外,其他 5 例都予以积极治疗,行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合、胆道 T 管外引流、内镜胆道支架内引流等,获得满意效果。对于确定性手术的选择,我们的经验是:医源性损伤的胆管一般直径在正常范围,行胆管空肠吻合易出现胆肠吻合口狭窄,进而发生胆管炎及肝内胆管结石形成。对于低位的胆管损伤,将损伤胆管的远端予以修整,保证胆管远端有充足的血供,并带有稍许斜面,使胆肠吻合口大些,降低胆管炎发生的机率,不过还有待大宗病例证实;高位的胆管损伤,行肝门部左、右肝管整形,做盆式胆肠吻合,这种吻合不易引起狭窄。而对于胆总管侧壁小孔状坏死,可予以修补,胆道内 T 管支撑外引流。另外,对于缝线的选择非常重要,我们使用 5-0 无创可吸收线。

## 参考文献

- 1 王科峰,柏斗胜.腹腔镜胆囊切除术中胆道损伤的原因及防治体会.中国微创外科杂志,2014,14(9):824-826.
- 2 郭晓东,杨兴东,许爱国,等.腹腔镜胆囊切除术有解剖变异时避免胆道医源性损伤的经验与体会.中国微创外科杂志,2012,12(4):364-365.
- 3 黄义明,彭彬,李伟,等.腹腔镜胆囊切除胆道损伤六例.中华创伤杂志,2010,26(6):576.

(收稿日期:2017-06-12)

(修回日期:2017-09-30)

(责任编辑:王惠群)