

参考文献

- 1 蒋志斌,池景瑜,郝智,等. 区域淋巴结清扫术治疗颈部淋巴结结核 104 例临床分析[J]. 中国综合临床,2010,26(11):1213.
- 2 戴体俊,喻田,主编. 麻醉药理学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社,2011:89.
- 3 石富国,古明,马世平. 一线主要抗结核药不良反应分布特点文献分析[J]. 中国药物警戒,2011,8(7):435-437.

[收稿日期 2013-04-10][本文编辑 黄晓红 韦所芬]

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 4 例

· 病例报告 ·

沈立华, 沈云赋, 吴爱华, 葛伟军, 卞德

作者单位: 224000 江苏盐城,上海仁济医疗集团盐阜医院微创外科(沈立华,吴爱华,葛伟军,卞德); 224500 江苏盐城,滨海仁慈医院(沈云赋)

作者简介: 沈立华(1964-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:普外科及腹腔镜外科疾病的诊治。E-mail:yinbuhuan@sohu.com

[关键词] 胆囊切除术; 腹腔镜; 胆管损伤; 并发症; 预防

[中图分类号] R 616.5 [文章编号] 1674-3806(2013)11-1101-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.11.26

胆管损伤是腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)的严重并发症之一,如不及时正确处理,往往会造成严重的不良后果。笔者自 2008-01~2012-12 共行 LC 1033 例,发生胆管损伤 4 例(0.39%)。现对 4 例 LC 胆管损伤的原因进行分析,并就其处理方法与预防措施讨论如下。

1 病例介绍

4 例胆管损伤病人中男 1 例,女 3 例,年龄 19~68 岁。择期手术 2 例,急诊手术 2 例。胆管损伤部位为胆总管 2 例,胆总管及肝总管 1 例,肝总管及左右肝管 1 例。损伤原因中 1 例为电钩灼伤胆总管壁,1 例为钛夹夹闭胆总管,2 例因 Calot 三角粘连及过度牵拉胆囊致胆总管、肝总管横断缺损。术中发现胆管损伤 3 例,其中 2 例胆管横断缺损均 > 1.5 cm,1 例行胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术,1 例行肝门部胆管整形及胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术;1 例电钩灼伤胆总管壁行胆管修补加 T 管支撑。1 例术后发生黄疸、发热,考虑系胆管损伤,剖腹探查术中证实钛夹夹闭胆总管造成损伤性狭窄,行胆总管修复切开 T 管支撑引流术。4 例均放置腹腔引流管引流,于术后 24~72 h 拔除。随访 6~24 个月,4 例治疗效果满意,无胆管狭窄及胆管炎发生。2 例 T 管支撑者分别于术后 4 个月、6 个月后拔除 T 管。

2 讨论

2.1 胆管损伤的原因 胆管损伤是 LC 常见而又

严重的并发症,吴青松等^[1]报道,发生率为 0.24%,吴晓康等^[2]报道发生率为 0.52%。本组胆管损伤发生率为 0.39%,高于文献[1]报道。分析其原因与下列一些因素有关:(1)思想上重视不够,认识不足,盲目自信,认为 LC 已经是相当成熟的手术而掉以轻心,而事实上 LC 是一种充满潜在风险的手术,应时刻引起高度重视,不能有丝毫麻痹。(2)手术的适应证把握不够严格,随意扩大手术指征,一味追求手术难度,在 LC 技术还未完全熟练、技巧还未掌握的情况下,就急于行相对禁忌证的高难度手术,如急性期、萎缩性、冰冻粘连性胆囊等。本组 2 例为急性期炎症水肿明显的胆囊进行手术。(3)腹腔镜手术器械使用不当,尤其是电凝钩的过度使用,电凝时间过长,每次凝切组织过多,造成电传导伤、电灼伤损伤胆管。(4)对胆管解剖关系不熟悉,未能充分显露 Calot 三角,正确辨认其解剖结构,就盲目分离,易将胆总管误认为胆囊管而横断。(5)过度牵引使胆总管走行移位致 Calot 三角关系改变,牵引成角的胆总管与胆囊管易成一直线,因而被当作胆囊管用钛夹夹闭或被横断,本组 2 例属此情形。

2.2 胆管损伤的处理 LC 术中一旦发生胆漏,应仔细检查术野创面及肝外胆管的完整性,尽早地意识到发生胆管损伤^[3]。术中胆管损伤一经明确应果断中转开腹,根据损伤的类型、性质、严重程度,采

取恰当的、合理的、安全的手术方式和方法,有效地建立通畅的引流及进行胆道的修复,力争一次手术成功。对副肝管的损伤,主张 $<2\text{ mm}$ 的细小副肝管单纯结扎即可,而副肝管粗大则需考虑胆肠吻合^[4],以防止相应肝段发生肝萎缩。对胆管壁损伤轻、裂口小的病人,可行胆管壁缝合修补加T管支撑引流,本组2例采用此法。对肝外胆管完全横断的损伤,胆管对端吻合术是早期处理胆管横断损伤的首选方法^[5],如胆管缺损 $\leq 1.5\text{ cm}$,可将两断端充分游离,以5-0可吸收线间断缝合,胆管内置T管支撑吻合口,防止胆瘘和吻合口狭窄。如胆管缺损 $> 1.5\text{ cm}$,无法行对端吻合时,则行胆肠 Roux-en-Y 吻合术效果较好,本组2例采用此法。但行此术式时必须注意:(1)胆管断端内径尽可能 $> 10\text{ mm}$ 。(2)保证游离空肠端的血运良好。(3)最好空肠肠祥断端闭合,距盲端 5 cm 处另开口行胆管空肠端侧吻合。(4)旷置空肠祥应 $> 50\text{ cm}$ 。(5)确保胆肠吻合口黏膜对黏膜吻合且无张力。胆管损伤术后应常规放置腹腔引流管以便于观察引流情况,引流管可于术后 $24\sim 72\text{ h}$ 拔除。

2.3 胆管损伤的预防 我们认为预防LC胆管损伤时应严格遵循手术原则及规范化的手术操作步骤,关键是手术者必须具备娴熟的镜下操作技巧和正确的处理方法以及丰富的腹腔镜手术经验^[6]。术中清晰显露Calot三角保证无血的术野和精细的解剖是避免胆管损伤的重要措施。另外,还应高度注意以下几个方面:(1)思想重视,时刻意识到有胆道变异的可能,具有潜在的手术风险。(2)严格掌握手术的适应证,把握好手术的时机,对LC的相对禁忌证应根据术者的技术熟练程度、手术操作能力

及经验,循序渐进地开展。(3)熟悉Calot三角的解剖,掌握解剖分离Calot三角的正确方法与技巧,把握“三管一壶腹”原则,严格遵循“辨-切-辨”的操作程序。(4)电钩分离胆囊时,尽量避免大块组织电凝,每次少量凝切组织,电凝时间越短越好,尤其在Calot三角内必须精细地分离,尽可能少用电钩进行分离。(5)离断胆囊管时不要过度牵引,尽量无张力,以防止胆管牵拉成角而被损伤。(6)术中应保证术野清晰,如遇出血,切忌慌乱盲目止血,应在吸净血液直视下用分离钳钳夹止血后,再决定用电凝或夹闭止血。(7)术中如遇到解剖不清、镜下操作困难时,不能一味地追求LC的成功率,应及时中转开腹手术。(8)术中应重视胆囊标本的解剖,常规检查胆囊管开口情况,观察螺旋瓣结构是否正常。对可疑者应及时检查胆道情况,术后放置腹腔引流,以便尽早发现有无胆管损伤并通畅引流,防止胆汁性腹膜炎发生。

参考文献

- 1 吴青松,刘吉佳,谢文彪,等.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的现状分析[J].中华肝胆外科杂志,2005,11(3):207-209.
- 2 吴晓康,张家敏,毛根军,等.17例腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的处理及预防[J].外科理论与实践,2009,14(6):665-667.
- 3 姜超,刘征,刘士平,等.腹腔镜胆囊切除术中医源性胆管损伤的防治策略[J].腹腔镜外科杂志,2009,14(5):357-359.
- 4 严卫忠,季福.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的原因及处理[J].微创医学,2008,3(5):473-474.
- 5 刘盛,樊新海,蒋建刚,等.医源性胆管损伤的预防与治疗[J].肝胆外科杂志,2008,16(4):296-297.
- 6 沈立华,关吉亚,陈其春,等.急性胆囊炎腹腔镜切除的手术方法与技巧[J].现代中西医结合杂志,2009,18(19):2249-2250.

[收稿日期 2013-07-17][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

作者书写统计学符号须知

本刊执行国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意以下规格:1. 样本的算术平均数用英文小写 \bar{x} 表示,不用大写 \bar{X} 表示,也不用 *Mean* 或 *M* (中位数仍用 *M*); 2. 标准差用英文小写 *s*,不用 *SD*; 3. 标准误用英文小写 $s\bar{x}$,不用 *SE*,也不用 *SEM*; 4. *t* 检验用英文小写 *t*; 5. *F* 检验用英文大写 *F*; 6. 卡方检验用希腊文小写 χ^2 ; 7. 相关系数用英文小写 *r*; 8. 自由度用希腊文小写 *v* (钮); 9. 样本数用英文小写 *n*; 10. 概率用英文大写 *P*; 11. 以上符号 \bar{x} 、*s*、 $s\bar{x}$ 、*t*、*F*、 χ^2 、*r*、*v*、*n*、*P* 均用斜体。望作者注意。