

文章编号:1005-6947(2004)01-0066-02

· 临床报道 ·

胆道术后胆漏处理的体会

任智¹, 陈冰², 刘海林³, 杨高潮²

(1. 北京市和平里医院 外科, 北京 100013; 2. 山西医科大学第一医院 外科, 山西 太原 030001; 3. 山西寿阳中医院 外科, 山西 寿阳 031700)

摘要:为探讨胆道手术时胆漏发生的原因和处理方法,笔者回顾性分析了21例胆漏患者的临床资料。21例中手术治疗16例(76.2%):初次手术中及时发现胆漏及胆管损伤,经胆肠吻合一次治愈2例,T管引流(3~6个月)治愈5例;再手术9例(42.9%),其中胆囊管残端再结扎、腹腔引流2例,再次总胆管探查、T型管引流3例,肝管空肠吻合3例,肝管外引流1例。近期疗效满意7例。近、远期死亡各1例。拒绝再手术1例(4.7%)。非手术治疗4例(19%)。拒绝治疗1例,胆漏发生后6d死亡。胆漏的合理处理是:术中未发现胆管损伤,应争取一期修复,并放置胆管内支撑管引流3~6个月。术后发现少量胆汁沿T管或腹腔引流管渗漏,若无明显腹膜炎表现,可尝试非手术治疗。如果胆汁性腹膜炎明显,应果断再手术,局部炎症水肿较轻时,可一期修复;局部炎症水肿严重时,宜先引流近端胆道,放置通畅的腹腔引流,积极抗感染、支持治疗,3个月后再择期手术。拔除T管后发生的胆漏,根据情况可经内镜行Oddi括约肌切开或经鼻胆管引流,或再手术治疗。

关键词:胆瘘/外科学;胆道外科手术

中图分类号:R657.4 **文献标识码:**B

胆漏(bile leakage)是胆道手术的严重并发症,发生原因有多种多样,其后果可轻可重,甚至可能危及生命。笔者自1987~2000年共处理21例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男12例,女9例。年龄24~70(平均52)岁。其中初次手术在第1,2作者所在医院施行15例,在外院施行6例。首次术前诊断慢性胆囊炎急性发作7例,急性胆管炎2例,慢性胆囊炎、胆石症11例,梗阻性黄疸伴胃肿瘤1例。

1.2 初次手术方式

开腹胆囊切除(OC)8例,8例中手术证实Mirizzi综合征,行一期肝门空肠Y式吻合2例,其中1例同时切除胃间叶肿瘤。胆囊切除总胆管探查11例,其中Mirizzi综合征同时修补胆总管缺损2例,修补肝总管损伤2例,右肝管损伤1例,未行T管引流1例。腹腔镜胆囊切除(LC)2例。

2 治疗及结果

2.1 手术治疗

共16例(76.2%)。其中初次手术中及时发现胆漏及胆管损伤,经胆肠吻合一期手术治愈2例,行T管引流(3~6个月)治愈5例,随访2年以上,未见黄疸或胆石复发。再

手术治疗9例(42.9%),包括初次术式为LC2例。再手术的直接原因为弥漫性腹膜炎和/或黄疸。再手术证实胆囊管残端漏伴胆汁性腹膜炎2例,总胆管残留结石1例,T管窦道形成不良2例,肝总管横断3例,胆总管狭窄1例。再手术方式:胆囊管残端再结扎、腹腔引流2例,再次总胆管探查、T型管引流3例,肝管空肠Y式吻合3例,左右肝管外引流1例。7例近期疗效满意,其中1例于6年后出现胆管结石、黄疸死亡。行肝管外引流的1例发生应激性溃疡出血,后自动出院,4d后死于腹腔感染、应激性溃疡、电解质紊乱。

2.2 非手术治疗

4例(19.0%),均经T管引流口或原切口放置细管引流治愈,未发生腹腔感染。随访3年以上,未发现胆道狭窄或黄疸。

2.3 拒绝再手术

1例(4.7%),胆漏发生后6d死亡。

3 讨论

胆漏可发生在OC和LC时。后者胆漏发生率较高^[1,2]。胆漏常伴随胆道损伤。无论OC还是LC,外科医生应时时刻刻注意可能存在的胆管、血管的解剖变异,努力避免和及时发现胆管损伤及胆漏等并发症。胆道手术结束前,必须常规检查术野,确定无胆汁渗漏之后再关腹。

虽然有人提倡在总胆管探查之后不放置T型管引流^[3],但笔者认为,为了避免胆漏的发生,胆囊切除、总胆管探查以后,仍以T型管引流为佳。

收稿日期:2002-06-19; 修订日期:2003-07-25。

作者简介:任智(1950-),男,山西太原人,北京市和平里医院主任医师,主要从事肝胆胰外科方面的研究。

胆漏发生后应根据不同情况进行处理:

(1)术中发现有胆汁渗漏 首先应检查肝外胆道有无损伤,如有,用可吸收细线一期修复,并于胆道内放置T管引流,使T管跨越损伤部位,起支撑作用,术野同时放置腹腔引流管。当腹腔无渗出液时,可将腹腔引流管拔除。T管继续放置到3~6个月。其次,应仔细检查胆囊床或附近有无迷走胆管,如有,妥善结扎或缝扎之,并于附近放置腹腔引流。

(2)术中发现 Mirizzi 综合征的处理 术中发现胆石嵌顿致 Mirizzi 综合征时,最好切开胆囊、取出结石,仔细检查结石是否已压迫胆管形成胆囊-胆管瘘。如无胆瘘,切除大部分胆囊壁,并注意避免损伤胆总管。如已有胆瘘形成,可切除大部分胆囊壁,并保留部分胆囊壁作为修补材料,修补胆总管缺损^[4]。本组行此手术2例,其中1例术后发生T管周围胆漏,沿T管置入细管引流近1个月后胆漏停止。有时尽管小心翼翼地沿着胆囊逆行切除,结果还会损伤肝总管,直到发现术野胆汁渗漏不止或胆管断端,才恍然大悟。若遇此情况,应尽可能保留肝管长度,行一期肝管空肠吻合术。本组有类似情况2例,行肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术后,恢复顺利。

(3)胆囊切除、T管引流术后几天内发生的小量胆漏 常表现为沿着T管或腹腔引流管流出少量胆汁。只要此时患者无明显腹痛,体温无明显升高,无明显腹膜炎体征,黄疸无明显加重,T管内仍有胆汁引出,可以继续严密观察。同时沿着T管或原腹腔引流管另外放置细塑料管引流。坚持到术后14d左右,估计T管周围形成纤维素包裹、窦道初步形成后,在低压力下行T管造影,以明确胆漏的原因和部位。如无大的胆漏,可继续保持细管引流,直到胆漏自行停止。本组经此法处理4例,效果满意。

(4)拔除T管后发生的胆漏 常很快出现腹膜炎的症状和体征^[5],诊断并不太困难,但是否需要再手术,应根据患者腹部情况及引流情况决定。本组3例曾试图经原窦道口重新置入引流管,均未成功,改为经原切口剖腹探查,清洗腹腔内的胆汁和渗液,经原总胆管切口置入T管,腹部切口减张缝合。这种处理虽较复杂,住院时间较长,但疗效确

切。对于胆管下段狭窄和/或有残留结石者,也可经内镜行Oddi括约肌切开或经鼻胆管引流^[6]。

(5)严重胆漏 大量胆汁进入腹腔,近期可引起腹腔感染甚至脓毒血症,远期可引起纤维素增生甚至胆管炎性狭窄。本组1例于LC术后5d剖腹探查时,虽然找到了被切断的肝管断端,但腹腔污染明显,组织水肿严重,无法行胆肠吻合,只能行肝管外引流;另1例虽经预置的腹腔引流管长期引流,胆漏停止,但半年内即发生胆管狭窄、黄疸。因此,当胆漏较重、胆汁性腹膜炎明显时,应反思原来的手术过程,果断再手术。术中应首先彻底清理腹腔,如手术及时,局部炎症水肿较轻,可行一期修复;如处理较晚,局部炎症水肿严重,则宜先引流近端胆管,并于术野放置通畅的引流,术后积极抗感染、支持治疗,待病情稳定(最好是3个月)后再择期手术处理。

参考文献:

- [1] Braghetto I, Bastias J, Csendes A, *et al.* Intraoperative bile collections after laparoscopic cholecystectomy. Causes, clinical presentation, diagnosis, and treatment [J]. *Surg Endosc*, 2000, 14(11): 1037-1041.
- [2] 陈训如. 腹腔镜手术的并发症与对策[M]. 昆明: 云南科技出版社, 1997. 127.
- [3] Tu Z, Li J, Xin H, *et al.* Primary choledochorrhaphy after common bile duct exploration [J]. *Dig Surg*, 1999, 16(2): 137-139.
- [4] Sare M, Gurer S, Taskin V, *et al.* Mirizzi syndrome: choice of surgical procedure in the laparoscopic era [J]. *Surg Laparosc Endosc*, 1998, 8(1): 63-67.
- [5] Gharaibeh KI, Heiss HA. Biliary leakage following T-tube removal [J]. *Int Surg*, 2000, 85(1): 57-63.
- [6] Chow S, Bosco JJ, Heiss FW, *et al.* Successful treatment of post-cholecystectomy bile leaks using nasobiliary tube drainage and sphincterotomy [J]. *Am J Gastroenterol*, 1997, 92(10): 1839-1843.