

文章编号:1005-6947(2004)02-0146-02

· 临床报道 ·

开腹胆囊切除术中误扎胆管的防治

吴宁, 戴修朝, 李玉虹, 梁海霞

(解放军第三三医院 普外科, 陕西 西安 710600)

摘要:分析10年开腹胆囊切除术中误扎胆管7例(0.56%),5例术中发现及时松解,其中4例痊愈,1例出现胆管坏死纤维化,经3次手术治愈;2例术后发现经二次手术治愈。随访1~3年均情况良好。笔者认为术中发现肝外胆管被误扎,应即时剪除扎线;如结扎过紧、过久,应置T管引流,以防坏死与炎性狭窄、闭塞。术后发现,应立即解除结扎线、置T管引流;若诊断较晚,则在1个月左右再次手术,行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术。

关键词:胆囊切除术/副作用;胆管结扎

中图分类号:R657.4; R322.4

文献标识码:B

胆囊切除术,当遇有肝外胆管解剖变异及特殊病理改变的病例,术中可能误扎胆管。如处理不当,将造成严重后果。黄晓强等^[1]报道在医源性胆管损伤中误扎胆管的占15.4%(262/1696)。我院近10年行开腹胆囊切除术1256例,其中误扎胆管7例,占0.56%,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般情况

本组男3例,女4例。年龄43~64(平均52.3)岁。急诊手术1例,择期手术6例。术中发现误扎肝总管4例,误扎胆总管1例;术后发现误扎肝总管2例。

1.2 治疗及结果

术中发现及时松解5例;4例恢复顺利,1例(误扎胆总管)于术后第2天出现梗阻性黄疸,并进行性加重,3周后行二次手术探查,见肝外胆管呈炎性坏死闭塞纤维化,仅肝门部约1cm长之肝总管扩张,于左右肝管放置T管引流,在第2次手术后半年行肝门部胆管空肠 Roux-en-Y 吻合而愈。2例术后次日出现黄疸,且逐渐加重,其中1例于术后第3天二次手术,松解结扎线,置T管引流;另1例早期误诊为黄疸性肝炎,于4周后二次手术行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合而愈。随访1~3年情况良好。

2 讨论

胆道的解剖变异较为复杂,胆囊管与肝总管汇合的部位及形态变化,属正常型者仅占59.6%,变异型者却占40.4%^[2]。如果患者较胖或病变部位粘连、胆囊颈部结石嵌顿等原因,则胆囊管与胆总管的解剖关系更辨认不清。

大多数患者肝外胆管直径较细、无扩张,极易将胆总管或肝总管误认为胆囊管而将其结扎造成胆管损伤。本组5例术中及时发现误扎的肝外胆管直径为0.3~0.5cm。

多数学者认为^[3-6]对术中即时发现的肝外胆管被结扎或缝扎,即时剪除扎线即可。如结扎过紧、过久或松解后不能确定胆管通畅,则应考虑切开置入T管引流,以防止炎性坏死或狭窄闭塞。本组4例术中发现误扎肝总管而及时松解,未置管引流,术后恢复顺利;1例误扎胆总管及时松解,松解后观察胆总管充盈良好,未置管引流。但后者术后第2天出现黄疸,并进行性加重,3周后行二次手术探查,见胆总管呈条索状,僵硬、增粗、闭锁,仅肝门部约1cm长之肝总管扩张,切开探查见左右肝管通畅、扩张,肝总管下端闭锁。因管壁组织肥厚、质脆、易出血,无法施行胆肠吻合术,遂于左右肝管放置T管引流,半年后再行肝门部胆管空肠 Roux-en-Y 吻合而愈。其原因可能与胆总管的血供有关:十二指肠上缘至左、右肝管汇合部间的胆管血供是轴向的,60%的血液来自下方,38%来自上方,其主要血管是在胆管的3点和9点的位置,此两血管的管腔很细,约为0.3mm。因此当胆总管被结扎过紧时,血循环受阻,导致胆管炎性狭窄、闭塞、坏死、纤维化。

对于术后发现的胆管损伤,多数学者^[7,8]主张在发病后1个月左右安排再次手术,以解除胆道梗阻,主要目的是等待阻塞上端胆管的扩张,同时也可使其首次手术局部炎症得以消退吸收,从而使局部解剖清晰,利于胆肠吻合。也有学者^[9]认为1~2周内手术较适宜,因为梗阻时间长会导致胆汁性肝硬化、门静脉高压症及肝功能严重受损。彭淑牖等^[10]报道3例胆总管被扎,再次手术时处理的方法是松解结扎线并置T管,在拔除T管后即出现黄疸;故主张再次手术方式以胆管空肠 Roux-en-Y 吻合为妥。笔者认为术后

收稿日期:2003-07-08; 修订日期:2004-01-17。

作者简介:吴宁(1965-),男,陕西华县人,解放军第三三医院副主任医师,主要从事普外临床方面的研究。

文章编号:1005-6947(2004)02-0147-02

· 临床报道 ·

胆道再次手术 92 例分析

杨万友, 毛学文, 李伟冠

(湖南省安乡县人民医院 外科, 湖南 安乡 415600)

摘要: 回顾性分析 92 例胆道再次手术的原因、手术方法及结果。随访结果显示,胆道再手术治愈率为 85.87%。作者认为提高术前正确诊断率,术中仔细探查及使用胆道造影或胆道镜,是提高胆道再次手术治愈率的关键。

关键词: 胆道外科手术; 再手术

中图分类号: R657.4; R61

文献标识码: B

胆道再次手术是一个非常复杂的问题,临床上并不少见。如何提高再手术治愈率,为广大临床医生所关注。1992年12月~2002年12月我院共行胆道手术1100例,其中再次手术92例,占8.36%。本文对胆道再次手术的原因、手术过程及结果进行回顾性分析,报道如下。

收稿日期: 2003-08-27; **修订日期:** 2003-10-10。

作者简介: 杨万友(1963-),男,湖南安乡人,湖南安乡县人民医院副主任医师,主要从事临床普外科及胸外科方面的研究。

1 临床资料

本组男38例,女54例。年龄23~67(平均45)岁。既往有1次胆道手术史67例(72.83%),2次的17例(18.48%),3次的8例(8.69%)。再次手术原因:胆总管下端狭窄11例,占11.96%;结石复发(发现结石距前次手术1年以上)30例,占32.61%;结石残留38例,占41.3%;再次胆道手术后发生并发症13例,占14.13%。

早期发现,应及时解除结扎线,并置T管引流;若诊断较晚,则在1个月左右再次手术,行胆管空肠 Roux-en-Y。

预防误扎胆管可采取如下方式:顺逆结合合法切除胆囊,术中先分离出胆囊管结扎一道(松紧适度,能防止胆囊内小的结石滑入胆总管即可),但不剪断,然后逆行切除胆囊。必须明确“三管一壶腹”的关系后再切断胆囊管,以免将胆总管误为胆囊管而误伤胆管。对未辨明的组织,决不可贸然结扎或切断,以避免损伤胆管。术中若发现胆道畸形或胆管直径较细而不能肯定者,可行术中胆管造影予以辨别。本组5例术中发现误扎肝外胆道病例,即为采用顺逆结合合法者,其中4例及时松解,术后恢复顺利,避免了二次手术之苦。1例可能误扎胆管过紧、过久,造成胆管缺血坏死,应引以为戒。

参考文献:

[1] 黄晓强,黄志强. 医源性胆管损伤的处理[J]. 中国实用外科杂志,2001,21(7):413-414.
[2] 王广义,谭毓铨. 医源性胆管损伤的防治进展[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(8):497-499.

[3] 吴德全. 医源性胆管损伤早期处理正误分析[J]. 肝胆胰外科杂志,2001,13(1):174.
[4] 高根五. 胆囊切除术[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(10):636.
[5] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.1402.
[6] 李宜雄,吕新生,汤恢焕,等. 医源性胆管损伤[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(2):139-142.
[7] 林擎天. 胆囊切除术中胆管损伤的防治[J]. 肝胆胰外科杂志,2001,13(1):1-2.
[8] 戴显伟,陈亚进,高志清,等. 医源性肝外胆管损伤的原因及处理[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(8):485-486.
[9] 成志刚,胡志前,包家林. 医源性胆管损伤的防治[J]. 肝胆胰外科杂志,2002,14(3):184-185.
[10] 彭淑牖,牟一平,陆才德,等. 医源性胆管损伤修复后再狭窄的防治[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(8):475.