

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.

92例共行再次胆道手术125次,包括胆道探查T管引流术72例次,胆管空肠Roux-en-Y吻合术40例次,胆总管修补T管引流术4例次,肝动脉结扎T管引流术4例次,膈下脓肿切开引流术3例次,重置T管及腹腔引流术2例次。

## 2 结果

### 2.1 术中发现

术中发现胆总管下端狭窄11例,肝内外胆管结石68例,胆总管损伤4例,胆道大出血4例,膈下脓肿3例,T管脱落2例。

### 2.2 手术并发症

手术并发症共11例(11.96%),其中4例为胆总管损伤,均行胆总管修补T管引流而治愈;胆道大出血4例,行肝动脉结扎T管引流,3例治愈,1例死亡;膈下脓肿3例,行脓肿切开引流术,2例治愈,1例死亡;T管脱落致胆汁性腹膜炎2例,重置T管加腹腔引流治愈。手术死亡率为2.17%(2/92)。死亡原因为失血性休克和多器官功能衰竭。

### 2.3 随访

92例中随访90例,随访时间0.5~10年。治疗结果为优79例,良7例,差4例。优良率85.87%(疗效标准:优,再次手术后无症状,B超或胆道造影或胆道镜检查无结石或狭窄存在,恢复正常工作者;良,有轻度胆道感染症状,经保守治疗后很快控制,B超检查无结石者;差,反复发作胆道感染、黄疸,B超等检查发现结石残留或胆管狭窄,需再次手术者。)

## 3 讨论

胆道再次手术是胆道外科的重要课题。怎样提高胆道再次手术治愈率的问题值得探讨。本组中行2次胆道手术者为72.83%,3次为18.48%,4次为8.69%。本组胆道再次手术的原因有以下几方面:(1)前次手术探查不彻底。本组中因胆管结石残留、狭窄而再次手术者有49例。其中8例前次手术时放置的T管因结石残留,术后不能拔除。(2)前次手术方式不当。主要是发生在术前准备不充分者。一是术前没有行胆道造影检查,未全面了解胆管位置

分布及胆道变异情况;二是胆管炎症未完全控制,均因怕误伤周围而致手术不彻底所致。(3)手术操作失误。本组因前次胆道手术并发症而再次手术占14.13%,如误伤胆管、右肝动脉和十二指肠等。(4)术中T管放置欠妥,缝合不牢固等原因,致术后发生T管脱出引起胆汁性腹膜炎,需重新置T管,腹腔引流。(5)胆肠吻合术后吻合口狭窄。与前次手术后局部感染及吻合口瘢痕收缩有关<sup>[1]</sup>,另外与术式选择不当有关。

胆道再次手术难就难在手术次数越多,局部粘连越广泛,解剖变异越显著<sup>[2,3]</sup>。因此,术前应充分估计解剖变异所造成的再手术困难,制定出相应的对策。术前可通过T管造影或PTC检查以确定病变的部位、范围、性质;B超可以了解胆管与门静脉的关系;胃肠钡餐可以发现十二指肠是否有牵扯、移位等。

胆道再次手术的原则是:尽可能取尽结石,解除胆道狭窄及梗阻,去除肝内感染性病灶,建立和恢复通畅的胆汁引流和预防复发<sup>[4]</sup>。胆道再次手术要认真探查肝脏、胆道情况,防止遗漏病变。坚持术中胆道造影或使用纤维胆道镜,修正术前诊断,判定病变部位,确定手术方式。本组92例胆道再次手术,有20例做过术中胆道造影,18例使用过术中胆道镜,均发现了术前没有发现的肝内胆管狭窄和结石,从而在术中解除了狭窄,取尽了结石,术后恢复良好。因此作者强调有条件的医院对于胆道再次手术,术中要行胆道造影或胆道镜检查,以提高手术成功率和治疗效果。

### 参考文献:

- [1] 刘永峰. 加强对腹部外科再手术的认识[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 194.
- [2] 施维锦. 胆道外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1993. 305-307.
- [3] 黄厚秋, 沙塔尔·艾沙, 李新义, 等. 肝胆结石再次手术治疗(附301例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 2000, 9(4): 373-374.
- [4] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 662.