

文章编号:1005-6947(2005)01-0047-04

· 临床研究 ·

医源性胆道损伤的诊治:附52例报告

徐德征¹, 胡铭荣¹, 杨含维²

(1. 浙江省杭州市第二人民医院 普通外科, 浙江 杭州 310015; 2. 新疆医科大学第一附属医院 外科, 新疆 乌鲁木齐 830000)

摘要:目的 总结医源性胆道损伤的经验教训。方法 对52例医源性胆道损伤患者的临床资料进行回顾性分析。结果 胆道手术所致48例(92.3%),胃大部切除术及肝脏手术所致各2例(共7.7%)。损伤部位在肝总管与胆总管交界处34例(65.4%),肝总管6例(11.5%),胆总管6例(11.5%),左右肝管汇合部4例(7.7%),左、右肝管各1例(共3.8%)。胆管完全性损伤30例(57.7%),部分性损伤22例(42.3%)。所有病例均行手术处理。术中立即发现8例,采用直接修补或对端吻合、T管支撑引流术5例,直接置合适T管引流1例,肝总管与空肠 Roux-en-Y 吻合术1例,效果均满意;另1例行胆总管十二指肠吻合术,3年后因吻合口狭窄再次行肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术治愈。术后发现的44例,行肝管空肠 Roux-en-Y 吻合术31例,肝总管与十二指肠吻合8例,胆总管置管引流2例,胆总管缺损用空肠瓣修补术1例,肝内胆管与空肠 Longmire 吻合术1例,拆除胆总管前后壁之间缝线1例。全组死亡4例,生存48例中41例获随访,疗效优良率为82.9%,疗效差的7例分别于术后2个月至5年再次作胆肠 Roux-en-Y 吻合术治愈。**结论** 要警惕医源性胆道损伤的发生,及早诊断、及早修复胆道的连续性是提高疗效的关键。手术方式根据损伤部位、类型、损伤后发现的时间具体决定,以胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术的疗效最佳。

关键词: 医源性疾病; 胆道损伤

中图分类号: R197.323; R575.7

文献标识码: A

Diagnosis and treatment of iatrogenic bile duct injury: a report of 52 cases

XU De-zheng¹, HU Ming-rong¹, YANG Han-wei²

(1. Department of General Surgery, The Second Municipal Hospital of Hangzhou, Hangzhou 310015, China; 2. Department of Surgery, The First Affiliated Hospital, Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, China)

Abstract: **Objective** To summarize the experiences and lessons drawn from iatrogenic bile duct injury. **Methods** The clinical records of 52 patients with iatrogenic bile duct injuries were studied retrospectively. **Results** The injuries of 48 cases were resulted from extrahepatic bile duct operation, 2 cases from partial gastrectomy and 2 cases from hepatectomy. The locations of injuries were at the juncture of common hepatic duct and common bile duct in 34 cases, the common hepatic duct in 6 cases, the common bile duct in 6 cases, the juncture of left and right hepatic duct in 4 cases, and the left and right hepatic duct each in 1 case respectively. Complete bile duct injuries were seen in 30 cases, and partial injuries in 22 cases. All patients were treated by operation. 8 cases were immediately discovered at the time of the initial operation and direct repair or end-to-end anastomosis with T-tube stent was done in 5 of the cases, direct insertion of T-tube drain in 1 case and Roux-en-Y hepaticojejunostomy in 1 case, all with good results; and in the another, a choledochooduodenostomy was performed, but re-operation by Roux-en-Y hepaticojejunostomy was done 3 years later, due to stricture of the anastomosis. For the 44 cases in which the bile duct injury was detected after the initial operation, Roux-en-Y hepaticojejunostomy was done in 31 cases, hepaticoduodenostomy in 8 cases, drainage of common bile duct in 2 cases, plastic repair of common bile duct defect with jejunal flap in 1 case, hepaticojejunostomy (Longmire) in 1 case, and removal of stitches between the anterior and posterior wall of the common bile duct in 1 case. In the whole series, 4 patients died, and 41 of 48 surviving patients were followed up. The excellent result rate was 82.9%, and 7 cases with poor results were cured by reoperation with Roux-en-Y cholangiojejunal anastomosis 2 months to 5 years after operation. **Conclusions** The key

收稿日期:2004-10-04; 修订日期:2004-11-17。

作者简介:徐德征(1936-),男,上海人,浙江省杭州市第二人民医院教授,主要从事肝胆外科临床方面的研究。

通讯作者:徐德征 电话:0571-88303636(O)。

to improvement of treatment results of iatrogenic bile duct injury is awareness of its occurrence, early diagnosis, and early repair of the bile duct. The method of surgical therapy depends on the location and type of injury, and the time of detection after the injury. Roux-en-Y cholangiojejunal anastomosis gives the best results.

Key words: IAOTROGENIC DISEASE; BILIRY DUCT INJURY

CLC number: R197.323; R575.7

Document code: A

医源性胆道损伤均发生在上腹部手术,以胆道手术时最多,如不及时发现并正确处理,首次修复术后近期常出现严重胆漏或黄疸,后期常发生吻合口狭窄,需再次或多次手术才能最终彻底解决问题,因此医源性胆道损伤是肝胆外科一个永久性的议题^[1],也是肝胆外科的难题之一。笔者总结过去33年(1970~2003年)间医源性胆道损伤52例诊治的经验教训,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男17例,女35例;年龄20~78(平均46)岁。其中外院转入和外院会诊38例(73.1%),本院发生14例(26.9%)。开腹手术损伤48例,腹腔镜胆囊切除损伤4例。急诊手术损伤9例,择期手术损伤43例。术中发现8例,术后发现44例,损伤后立即行修复手术8例,术后2周内胆道重建2例,2周后处理41例,最长的1例术后3年处理。

1.2 损伤原因

胆道手术所致48例(92.3%),其中胆囊炎、胆囊结石行开腹胆囊切除术损伤40例;腹腔镜胆囊切除术损伤4例;肝总管囊肿手术损伤1例;胆总管探查放置T管过粗致胆管缺血狭窄2例;胆总管与十二指肠吻合时缝合前壁时误将胆总管后壁缝入形成狭窄1例;肝脏手术所致2例(3.85%),其中肝包虫内囊摘除术1例,肝泡状棘球蚴行半肝切除术1例;胃大部切除术所致2例(3.85%)。

1.3 主要临床表现

术后24h后出现黄疸30例(57.7%),胆汁性腹膜炎11例(21.1%),引流管引出的胆汁量明显增多7例(13.5%),反复发作性胆管炎4例(7.7%)。52例中有4例合并胆汁性肝硬化、门静脉高压症(发生损伤至处理的时间分别为15,21,25和31个月)。

2 治疗

2.1 术中所见损伤的部位和类型

肝总管与胆总管交界处34例(65.4%),肝总管6例(11.5%),胆总管6例(11.5%),左右肝管汇合部4例(7.7%),左、右肝管各1例

(3.8%)。肝总管或胆总管缝扎或结扎或横断所致的完全性损伤30例(57.7%),部分性损伤22例(42.3%)(其中胆管侧壁损伤15例,前壁损伤7例)。

2.2 治疗方法

本组术中发现胆管横断损伤及裂伤8例,其中5例采用直接修补或对端吻合、T管支撑引流术(T管支撑时间6~9个月,效果良好),1例因胆总管前壁的裂口创面较整齐,直接置合适T管引流,另1例行肝总管与空肠Roux-en-Y吻合术效果均满意,1例行胆总管十二指肠吻合术,3年后发生吻合口狭窄而再次手术。术后发现的44例中,行肝胆管与空肠Roux-en-Y吻合术31例(其中11例因胆汁性腹膜炎先行近端胆管与腹腔引流,待病情好转后3~6个月再行Roux-en-Y吻合术),肝总管与十二指肠吻合8例,胆总管置管引流2例,胆总管缺损用空肠瓣修补术1例,肝内胆管与空肠Longmire吻合术1例,拆除胆总管前后壁之间缝线1例。

2.3 结果

2.3.1 手术并发症及死亡 本组死亡4例(7.7%),其中1例因胆汁性腹膜炎应激性溃疡出血在术后15d死亡;1例因麻醉意外成植物人,一年半后因全身衰竭和肺部感染死亡;2例出院后分别于1年和3年因反复胆道感染肝功能衰竭死亡。

2.3.2 随访 生存48例中41例获随访,随访率85.4%,随访时间3个月至6年。随访结果为优者(无任何症状,能恢复原工作)28例(68.3%);良(偶有胆管炎症状,非手术治疗后能控制)6例(14.6%);差(胆道反复感染,非手术治疗不能控制感染,需再次手术)7例(17.1%)。本组优良率为82.9%。疗效差的7例均经再次手术,其中5例为胆总管十二指肠吻合术后,因吻合口狭窄、盲端综合征,分别于8个月~5年后拆除原吻合口修补十二指肠,取出胆管内结石,改作胆肠Roux-en-Y吻合术治愈;1例胆总管支撑管放置2个月拔管后继发吻合口狭窄再作胆管空肠Roux-en-Y吻合术治愈;1例带蒂空肠瓣修补胆总管前壁后,患者反复出现胆管炎,B超发现胆总管呈憩室样囊袋,经控制胆道感染,3个月后改作Roux-en-Y吻合术后治愈。

3 讨论

3.1 医源性胆道损伤的原因

3.1.1 先天性胆道解剖变异^[2~3] 以先天性右肝管缺如及胆囊管开口变异多见,前者主要有右肝管缺如,右后叶胆管在胆囊管后方穿过,低位汇入胆总管,或胆囊管高位汇入右后叶胆管;后者主要有胆囊管高位开口于右肝管或左肝管,胆囊管直接进入十二指肠或开口于胆总管下段,或胆囊管绕过胆总管前方或后方汇入胆总管左侧,或胆囊管绕胆总管1周后汇入胆总管右侧等。

3.1.2 胆囊三角区解剖关系不清^[4] 因急性胆囊炎症致充血水肿或慢性炎症致胆囊萎缩、粘连、纤维化,胆囊与十二指肠形成内瘘致胆囊三角区解剖关系不清;或胃癌、消化性溃疡致局部粘连、浸润致密,改变了胆管甚至肝动脉、门静脉的正常解剖,术中强行分离、切除,则易损伤胆管。

3.1.3 手术者的素质欠佳或缺乏经验 手术者对胆囊切除术的潜在危险性认识不足,过分自信、过分追求速度,盲目追求小切口;手术操作不细致,技术过于粗糙或发生出血时慌乱钳夹止血;或在麻醉欠佳、术野显露不清时处理经验不足。

3.2 诊断

3.2.1 术中诊断 (1)术中怀疑有胆道损伤,应仔细检查手术野,并用白色纱布放在术野内3~5min,观察有无黄染,以发现不明显的胆道损伤。(2)切下的胆囊应常规检查胆囊管有无异常开口。如结扎处有两个异常开口或胆囊管残端呈喇叭状,则表明有胆道损伤。(3)如局部病变严重,Calot三角解剖关系不清,或术中大出血盲目钳夹怀疑有胆道损伤时,可行术中胆道造影,以期及早发现。(4)关腹前在Winslow孔放置引流管留作观察“窗口”,有利于术后早期发现与诊断。

3.2.2 术后诊断 首次术中未发现胆道损伤者,术后可能有两类表现:黄疸或胆汁渗漏。如果术后出现黄疸或胆汁性腹膜炎、胆漏的症状和体征,或腹腔引流管内引流出大量胆汁均需高度怀疑胆道损伤,应作辅助检查以明确诊断。B超多提示肝内胆管扩张或膈下、肝下及腹腔内积液,继而可经PTC,ERCP,MRCP检查发现胆道连续性中断而作出定位诊断,有时经腹腔引流管造影也可协助定位诊断。

3.3 医源性胆道损伤的处理

对医源性胆道损伤患者,应有计划、有步骤地采取合理的治疗程序进行处理。具体应根据损伤后发现时间的早晚、损伤的部位、类型及程度,并结合患者的一般情况和肝功能的状况分别处理。损

伤后的第1次手术修复或胆道重建十分重要,应在充分准备的基础上争取一次成功。实践证明,发现越早,修复越早,疗效越好。

3.3.1 术中发现,直接修复 术中发现胆道损伤者,应根据胆管壁缺损多少进行相应修复。胆管壁缺损较小者,可以直接作胆管壁缺损处修补、T管支撑引流。支撑的T管留置0.5~1年。缺损较大(大于1/2周径)者,可采用牛心包补片行胆道成型修补术或用带血管蒂的胃、空肠壁瓣、胆囊瓣^[5] 脐静脉瓣^[6] 及肝圆韧带^[7~8] 修复。胆管完全横断,如两断端可对合而无张力,可以直接对端吻合,这时常需充分游离十二指肠和胰头部,以降低吻合口的张力。对端吻合应采用可吸收线单层间断缝合。尽管有的缺损也可行胆总管与十二指肠吻合术,但该术式易发生食物返流、吻合口狭窄和盲端综合征,远期效果差,常需再次手术改成胆管空肠Roux-en-Y吻合术。对高位胆管完全横断而不能直接对端吻合者,作胆肠Roux-en-Y吻合术效果较好。

3.3.2 术后发现,积极准备,争取及早修复 对无胆汁渗漏者应尽早手术修复,对有胆汁渗漏,腹膜炎体征较重者需分期手术,先行近端胆管引流和腹腔引流,待病情好转后3~6个月再行修复手术;对术后胆道不全性狭窄,反复发作胆管炎的患者应先控制胆道感染后择期手术,以减少手术风险,增加手术成功率。

实践证明胆管空肠Roux-en-Y吻合术因肠管伸缩性大,吻合后无张力,近期发生漏和远期狭窄的机会少,术后效果也最好。应注意行胆肠Roux-en-Y吻合术修复时亦可损伤胆管。再次手术时,首先必须解剖出损伤的近端胆管。对术前放置经皮肝胆管引流(PTCD)或鼻胆引流管(ENBD)的患者,手术中可以通过触摸导管或向导管内注射生理盐水,可容易找到近端胆管和胆道损伤的部位。对超高位胆道损伤有时甚至需要切除IVb肝段或者劈开肝正中裂才能找到近端胆管,必要时游离左右肝管整形成一大口径胆管以便与空肠作Roux-en-Y吻合^[9]。吻合时应先去除吻合处的瘢痕,使吻合口建在近端正常的胆管壁上,吻合口直径应足够大(≥ 2.5 cm)并保证吻合口无张力。尽量采用胆肠端侧吻合方式,用可吸收线行黏膜对黏膜缝合,线结打在吻合口外面,通过肠襻置Y管引流减压,并支撑半年以上,以避免术后吻合口漏及吻合口狭窄。输胆肠襻要求长50cm,行近端空肠与远端空肠作半周径吻合,并将近远端肠管同步缝合10cm,使其成Y型预防返流。

3.4 医源性胆道损伤的预防

医源性胆道损伤或狭窄关键在预防:(1)提高

责任心,应重视每1例胆道手术。(2)加强手术者的基本功训练和腹腔镜操作的规范培训,提高操作技术水平。胆囊切除手术操作要规范化,一定要弄清肝总管、胆总管与胆囊管的三者关系,采用顺逆相结合的方法,通过“肯定-否定-再肯定”反复几次,确认胆囊管无误后,最终给予切断。结扎或切断胆囊管时应避免过度牵引胆囊,使胆总管牵拉成角。(3)术中发生胆道大出血时,应保持冷静,用左手食、中指伸入 Winslow 孔,用拇指和食指压迫肝十二指肠韧带阻断肝门,控制出血后,直视下看清出血点再从从容止血。(4)胆囊炎症水肿粘连严重,胆囊切除困难时可行胆囊造瘘或胆囊大部切除术。(5)要警惕先天性胆道变异。必要时行术中胆道造影以了解胰胆管合流异常和胆道解剖变异^[10]。(6)作腹腔镜胆囊切除术遇到困难时,要适时中转开腹。

参考文献:

[1] 黄志强.胆道损伤:肝胆外科永久的议题[J].中华普通

外科杂志,2001,16(6):371-373.

- [2] 崔宏.解剖变异与医源性胆道损伤关系的临床研究[J].医药论坛杂志,2003,24(16):31-34.
- [3] 田秉璋,吴金术,刘初平等.开腹胆囊切除术中胆道变异与医源性胆管损伤的预防[J].中国医师杂志,2004,6(3):367-368.
- [4] 吴金术,毛先海,廖春红,等.医源性胆道损伤的处理[J].中国普通外科杂志,2001,10(1):42-45.
- [5] 刘亚光,张文福,牛力春,等.带蒂胆囊瓣转移修补肝外胆管壁缺损[J].肝胆外科杂志,2000,8(5):345-346.
- [6] 蔡景修,董家鸿,别平等.带蒂脐静脉瓣胆道修复[J].中华肝胆外科杂志,2004,10(2):83-85.
- [7] 蔡景修.肝圆韧带胆管缺损修复术[A].黄志强.腹部外科手术学[M].长沙:湖南科学技术出版社,2001.963-969.
- [8] 石景森,杨毅军,王林,等.医源性肝外胆管损伤的处理[J].中国普通外科杂志,2000,9(3):249-251.
- [9] 彭淑牖.医源性胆道损伤的再次手术问题[J].中国现代手术学杂志,2001,5(2):87-89.
- [10] 陈炯,徐荣楠,虞德才.胆囊切除术中胆道造影的价值[J].中华普通外科杂志,2003,18(4):219-221.

文章编号:1005-6947(2005)01-0050-01

· 病例报告 ·

男性浆细胞性乳腺炎 1 例

黄鹂, 王志坚

(北京中医药大学东方医院 乳腺科, 北京 100078)

关键词: 乳腺炎, 浆细胞性; 男性; 病例报告

中图分类号: R655.8; R44

文献标识码: D

患者 男, 45岁。5年前左乳晕下盘状肿块约2cm×2cm, 挤压后乳头可出现少量白色分泌物。1个月前出现左乳晕周红肿、疼痛, 继之左乳晕外侧局部皮肤破溃溢脓, 于外院切开引流换药, 伤口暂时愈合。1周前原伤口再次破溃而来我院住院, 体查: 体温36.6℃, 左乳晕外下可见1.5cm手术切开引流伤口, 内可见少量白色分泌物, 周围皮肤暗红, 压痛明显, 可触及

3cm×3cm厚片块。考虑为男性浆细胞性乳腺炎。血白细胞 $6.1 \times 10^9/L$, 中性0.62。入院后采用抗菌素联合中药清热散结治疗1周, 局部红肿消退, 在局麻下行左乳区段切除术加乳头成形术, 伤口I期愈合, 外形良好, 随访2年无复发。病理报告: 皮肤溃疡, 炎症累及到附近乳腺组织, 可见小脓肿及肉芽组织。

讨论 男性乳腺发育并不少见, 但在此基础上发生浆细胞性乳腺炎的罕见。浆细胞性乳腺炎也称导管扩张症, 主要是乳头或导管发育异常, 脂质分泌物堆积而引起的化学性炎症。本病特点是大部分有乳头畸形或乳头粉刺样分泌物, 早期表现为乳晕旁的肿

块, 常有红肿, 疼痛一般较轻, 急性期形成脓肿, 抗感染治疗后缓解, 但易较快复发, 最后破溃, 形成慢性瘘管(多数为乳晕部瘘管)。好发于中青年女性, 男性极为少见, 是一种慢性、局限性的乳腺炎症。如果对本病认识不足, 可能将本病误诊为一般的细菌性脓肿, 简单行切开引流, 则会反复发作, 或形成瘘管长久不愈。在早期炎症反应不明显时, 肿块坚硬、可与皮肤粘连, 易被误诊为乳腺癌, 需临床认真鉴别。手术须将病灶连同周围的炎性组织一并彻底切除, 如果已形成瘘管, 则须切除已发生鳞状上皮化生的瘘管内口的病灶, 才能一次彻底愈合。

收稿日期: 2004-10-19。

作者简介: 黄鹂(1973-), 女, 浙江浦江人, 北京中医药大学东方医院主治医师, 主要从事乳腺疾病方面的研究。

通讯作者: 黄鹂 电话: 010-67689745;

E-mail: Huangli1973@sohu.com。