

文章编号:1005-6947(2008)05-0519-03

· 临床报道 ·

腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤镜下修复方法的探讨

邓中军, 李志红

(湖南省郴州市第一人民医院 肝胆外科, 湖南 郴州 423000)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤镜下的修复方法。方法 对近8年来腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤行腹腔镜下修复的19例临床资料进行回顾性分析。结果 镜下成功修复13例, 手术时间50~250 min, 其中直接缝合修复2例; 损伤部位缝合后, 胆管切开, 放置T管引流7例; 将创口延长放置T型管引流4例, 其中通过胆道镜探查发现并取出结石1例。均放置腹腔引流管。另6例修复失败转开腹手术。修复成功的13例中, 手术后发生胆漏2例, 通过引流后愈合。T管于3周后夹闭, 放置时间1个月至1年, 拔除T管前行T管造影检查。13例均随访2年未发现胆道狭窄及胆道结石。**结论** 胆管损伤是伴随腹腔镜胆囊切除术发生的, 手术中发现后, 可在镜下一期修复, 避免开腹手术的损伤, 达到良好的效果。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(5): 519-521]

关键词: 胆囊切除术, 腹腔镜/副作用; 胆管损伤/治疗; 手术后并发症

中图分类号: R 657.4

文献标识码: B

对于腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤, 一般均行开放手术做修复或引流处理。1996年3月—2007年8月, 我院共完成电视腹腔镜胆囊切除术(LC) 8 800例, 手术中出现医源性胆管损伤28例。1999年5月以来, 笔者采用在当次腹腔镜手术中直接修复损伤19例, 修复成功13例, 长期随访效果良好, 现报告如下。

1 材料与方 法

1.1 临床资料

本组19例中男9例, 女10例; 年龄24~64岁。病程1个月至5年, 手术前诊断均为胆囊结石, 伴慢性炎症16例, 亚急性胆囊炎3例。均采取LC手术治疗, 手术中出现胆管损伤19例, 损伤部位: 胆总管前壁2例, 肝总管前壁损伤5例, 肝总管前侧壁损伤12例, 无胆管横断性损伤及右肝管损伤。

1.2 手术方法

本组19例均以4孔法实施电视腹腔镜胆囊切除术, 在手术中发现胆管损伤, 其中6例在切

除胆囊后发现, 其余在损伤后立即发现。其中电刀损伤8例, 超声刀损伤5例, 剪刀损伤4例, 撕裂性损伤2例; 胆管前壁损伤8例, 侧壁损伤11例; 范围 ≤ 0.5 cm者6例, 0.6~1.0 cm者8例, 1.1~1.2 cm者5例。在手术中发现胆汁外漏后直接找到损伤部位, 根据胆管直径损伤部位和创口走行方向不同而采取不同的方式处理。(1)胆总管前壁的损伤: 向上、下剪开胆管壁, 胆道镜探查胆道, 排除胆道存在梗阻后, 原位置放置T型管, 然后缝合胆管。(2)肝总管前壁的损伤处理: 根据损伤位置的高低采取不同的方法, 若损伤位置较高, 先将创口缝合, 于损伤平面下0.8 cm处, 纵行向下切开胆总管前壁1.0 cm, 胆道镜探查后放置T型管, 上臂需超过损伤位置。如果损伤位置较低, 可直接向下和向上剪开胆管前壁, 胆道镜探查后, 放置T型管, 缝合胆管。(3)肝总管侧壁的损伤处理: 直接缝合, 然后切开胆管前壁, 放置T型管, 也可以根据具体位置扩创后放置T型管。

小于0.5 cm的胆管损伤, 采取直接缝合修复, 不放置胆道支撑管。大于0.5 cm的损伤, 对破口一般采用的是3-0至5-0的可吸收线缝合, 缝合时边距0.2 cm, 修复完成后均放置腹腔引流管于肝下, 顶端靠近文氏孔处。

收稿日期: 2008-01-03; 修订日期: 2008-04-26。

作者简介: 邓中军, 男, 湖南省郴州市第一人民医院副主任医师, 主要从事肝胆疾病方面的研究。

通讯作者: 邓中军 E-mail: leping510007@126.com

2 结果

2.1 近期疗效

本组镜下修复成功13例,手术时间50~250 min,其中破口 ≤ 0.5 cm行直接缝合2例;损伤部位缝合后,胆管切开,胆道镜探查后放置T型管引流7例;将创口延长,胆道镜探查后放置T型管引流4例。其中通过胆道镜探查发现并取出结石1例。均放置腹腔引流管,手术后发生胆漏2例,通过引流后愈合,T型管于3周后夹闭,放置时间1个月至1年,中位时间6个月,拔除T型管前行T管造影检查,排除胆道内残余结石。

2.2 随访

本组13例修复成功者全部获随访,随访时间为6个月至2年,每半年复诊1次,行超声检查,复诊未发现胆道狭窄及胆道结石。

3 讨论

LC虽已成为成熟的技术,但仍然有医源性胆管损伤。胆管损伤后的处理往往需要有经验的医生开腹完成。黄晓强等^[1]从国内多家医院的39 638例LC术综合统计,胆管损伤发生率为0.32%。雷海录、张康泰等^[2]总结单中心的LC并发症中,胆管损伤发生率随着开展例数的增加而减少,只有累计达10 000例以上时胆管损伤发生率才降低到0.2%以下;而多数医院很难达到如此低的胆管损伤发生率。如何在胆管损伤后直接在腹腔镜下进行胆管修复,笔者做了一些尝试,并取得较好的效果,体会如下。

(1)损伤后修复的准备 在手术中发生胆管损伤后,会出现胆漏,清晰手术野后可直接找到损伤的部位,判断创口大小,走行方向及胆管的损伤程度,尤其应注意胆管内壁和后壁,胆囊未切除者采取逆行方法切除胆囊,再解剖出胆总管及肝总管,注意避免将原创口撕裂,并根据损伤的原因,创口的长度、位置及走行,胆管直径,手术操作的难易程度选择修复方式。

(2)损伤的修复 总的原则是缝合创口、支撑引流。小于0.5 cm的损伤,在排除胆管内结石的可能后,可以进行直接修复。在充分显露后将创口纵行切开少许,以0.33 mm直径的胆道镜经剑突下切口放入,行胆道探查,排除胆道梗阻后,以可吸收缝线直接缝合,边距0.1 cm,不会引起

胆道狭窄的发生。根据报道,胆道探查后一期缝合胆管而不放置T型管是安全有效的,而大于0.5 cm的损伤就需要缝合后放置支撑引流^[3-4]。T管放置位置的选择:胆管侧壁的损伤,直接缝合后,在胆管前壁放置T管,如果操作方便,也可从原位放置T管;前壁的损伤,若位置较高,可先直接缝合,再于缝合部以下0.8 cm处切开胆管放置T管,上臂通过损伤部位,若位置低,可根据情况延长创口后直接放置T管。胆管切开的位置以操作方便为准,笔者的经验是选择在胆管前壁右外1/3处切开而不选择正中部切开,缝合更为方便。由于导致胆管损伤的机制不一样,应该考虑电刀的热传导损伤、超声刀对胆管壁的毁损程度、撕裂性损伤的不规则性等多方面的因素。电刀作用机制是利用通过电流对机体所产生热损害作用进行电切和电凝^[5],工作时电凝波及可达5 mm范围。

(3)电刀造成损伤的处理 当电刀损伤后,常无法判断电刀切割时与组织之间作用时间,周围组织可能的损伤不能准确的判断,修复时不宜在损伤部位直接放置引流管,因为电刀损伤后,可能存在胆管内壁黏膜的损伤,若在此处直接放置T管,缝合后胆管与T管长臂之间形成的张力会影响黏膜的愈合,导致该处胆管内壁黏膜丧失可能超过0.3 cm,当T型管拔除后,由于引出部位疤痕收缩愈合则可导致该处的胆管狭窄。可先将损伤部直接缝合,另处切开胆管,或将创口剪开,放置T管,避免长臂从损伤部位引出,再由T管上壁支撑损伤部位,这时支撑管与胆管内壁之间的张力低对周围内壁黏膜的生长影响相对较小。有研究表明使用超声刀(9 s以内)引起周围组织的损伤范围要小于3.5 mm,超声刀造成的胆管损伤伴随的周围组织损伤较轻,主要根据胆管实际缺损程度决定如何修复和放置T管^[6-7]。

(4)导致修复失败的原因 本组61例未能在镜下修复成功,2例是由于损伤造成的胆管缺损过大,直接修复后恐造成胆道狭窄而转开腹手术,3例是由于胆管内径小于5 mm, T管放置后缝合困难,1例是由于修复时撕裂造成无法完成的修复,所以在修复过程中要避免胆管损伤撕裂。如果手术中胆管壁出血,可以双极电凝止血或用小针线缝合。

(5) T管放置的时间 据术中胆管损伤程度决定,电刀所致者,一般在3~6个月以上;超声刀损伤或撕裂性损伤者可在2个月左右拔除,胆管缺损较大的可以适当延长。拔除T管后应注意追踪随访。

笔者体会,对于腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤应争取在镜下一期修复,镜下缝合时只要正确运用缝合技术,可以达到修复的良好效果,对患者的影响较小。如果修复失败还可以开腹完成。

参考文献:

- [1] 黄晓强,冯玉泉,黄志强. 腹腔镜胆囊切除术的并发症[J]. 中华外科杂志,1997,35(11):654-656.
[2] 雷海录,张康泰,陈勇,等. 单中心18726腹腔镜胆囊

切除术并发症分析及预防处理对策探讨[J]. 中华肝胆外科杂志,2003,9(2):79-81.

- [3] 龚连生,张阳德,刘恕,等. 腹腔镜治疗肝内外胆管结石[J]. 中国内镜杂志,2003,9(1):39-42.
[4] 尹思能,李青亮,张诗诚,等. 腹腔镜胆总管探查的临床价值(附530例报告)[J]. 中国微创外科杂志,2003,3(2):122-124.
[5] 邵如庆,张爱容,卢德高. 电视腹腔镜手术入门[M]. 北京:北京科技出版社,1999.32-46.
[6] Amaral JF. The experimental development of ultrasonically activated scalpel for laparoscopic use[J]. Surg Laparosc Endosc, 1996, 4(2): 92-99.
[7] Swannstrom LL, Pennings JL. Laparoscopic control of short gastric vessels[J]. JAMA College Surgeons, 1995, 181(4):347-355.

文章编号:1005-6947(2008)05-0521-02

· 病案报告 ·

大剂量阿司匹林致多器官功能不全并急性胰腺炎1例

刘仕琪,牛建华,董小刚

(新疆石河子大学医学院第一附属医院 普外三科,新疆石河子 832000)

关键词: 胰腺炎/继发性;阿司匹林/副作用;多器官功能衰竭;病例报告

中图分类号:R 657.51 **文献标识码:**D

患者 男,61岁。于2007年9月2日无明显诱因开始出现发热,持续至第2天,自行口服阿司匹林8片(4g),发热症状渐消失,但晚间出现上腹胀痛不适,至4日晚23时疼痛逐渐加重,3h后开始呕吐暗红色血性物约200mL,仍感腹胀腹痛,伴频繁呕吐,在外院行腹部X线片检查示肠梗阻,对症治疗无缓解,5日晚体温38℃,上述症状较前明显加重,于9月6日急诊入我院普外科。既往体健,无糖尿病和高血压病史,吸烟史30余年,否认有暴饮暴食

及酗酒史,否认结核、肝炎病史。体查:体温39.2℃,脉搏122次/min,血压110/70mmHg,呼吸21次/min。精神不振,双肺呼吸音清,未闻及胸膜摩擦音。腹部饱满,对称,未见胃肠型及蠕动波,未见腹壁静脉曲张,全腹均有压痛,以右上腹更显著,右上腹部腹肌稍紧张,反跳痛阳性;肝脾肋下未触及,胆囊未扪及,移动性浊音阴性,肠鸣音活跃6~7次/min,未闻及气过水声。白细胞 $1.8 \times 10^9/L$,淋巴细胞绝对值 $0.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值 $1.2 \times 10^9/L$,血 K^+ 3.14mmol/L, Ca^{2+} 1.92mmol/L,血尿酸酶正常,尿胆红素(+)尿酮体(+),潜血(+),葡萄糖(++),粪脓细胞(++),潜血(+),肝肾功能检查未见异常;胸腹平片诊断:(1)两肺支气管感染,右肺尖团状影;(2)肠梗阻?。

行胃肠减压,抗炎补液、止酸、抑制胰酶分泌等对症治疗后腹胀腹痛症状稍改善,但入院后第3天晚间腹胀症状再次加重,伴中等度发热,给予对症治疗,因患者血糖升高,给予胰岛素持续泵入控制血糖,持续泵入奥曲肽抑制胰酶分泌,9月11日患者感左上腹与背部呈束带状区域胀痛不适,并开始出现皮肤巩膜黄染,体温39℃;白细胞 $12.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比0.829,总蛋白47.1g/L,白蛋白22.6g/L,总胆红素310.2 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素217.3 $\mu\text{mol/L}$,间接胆红素122.2 $\mu\text{mol/L}$, Na^+ 125mmol/L, Cl^- 88mmol/L, Ca^{2+} 1.75mmol/L,急行B超检查示:胆囊略大,壁略厚,胆总管直径1.0cm,胰腺轻度肿大,周围有渗出。疑诊:(1)急性胆囊炎?;(2)急性胰腺炎?。双肺CT示:(1)

收稿日期:2008-01-22。

作者简介:刘仕琪,男,新疆石河子大学医学院第一附属医院主治医师,主要从事微创外科方面的研究。

通讯作者:刘仕琪 E-mail:lvshiqi23@vip.sina.com