

文章编号:1005-6947(2008)06-0623-02

· 临床报道 ·

腹腔引流在腹腔镜胆囊切除术中的作用及指征

陈明福

(湖南省双峰县人民医院 普通外科, 湖南 双峰 417700)

摘要:目的 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)中腹腔引流的作用及指征。方法 回顾分析医院2004年9月—2007年6月462例LC术患者的临床资料。结果 462例中有6例(1.3%)中转开腹,其余456例中未放置引流组346例,其中1例并发肝下脓肿,伤口感染,13例并发肝下积液或胆汁,并发症发生率4.0%;放置引流组110例,引流量为20~400 mL/d,术后2~11 d(平均3 d)拔管,全组无并发腹腔脓肿或肝下积液。两组间比较并发症发生率差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 腹腔引流是LC手术的基本环节,严格掌握LC术中腹腔引流指征,可减少再次手术的发生率,更有利于患者康复。
[中国普通外科杂志,2008,17(6):623-624]

关键词: 胆囊切除术,腹腔镜;腹腔引流

中图分类号: R 657.4 **文献标识码:** B

腹腔引流术是LC中应用最广泛的技术之一,但临床上争议颇多^[1]。我院自2004年9月—2007年6月共行LC术462例,其中6例中转开腹,其余456例中手术中行腹腔引流110例。现就放置腹腔引流的作用及指征作简要探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组456例,男164例,女292例;年龄21~78(平均43)岁。术前诊断慢性胆囊炎并胆囊内结石302例,萎缩性胆囊炎并充填型结石18例,非结石嵌顿急性胆囊炎92例,胆囊颈部或胆囊管结石嵌顿44例。其中,急性单纯性胆囊炎100例,急性化脓性胆囊炎28例,急性坏疽性胆囊炎8例。76例合并不同程度的高血压,冠心病,糖尿病。既往有上腹部手术史者2例,下腹部手术史者27例。将LC术患者按放置引流与否分成放置引流组,未放置引流组,其中放置引流组110例,未放置引流组346例。

1.2 手术方法

所有病例均行常规四孔法LC,4例因胆囊炎症较重,胆囊三角粘连广泛,2例因壶腹部与十二指肠部致密粘连无法分离而中转开腹。对于术中

分离致胆囊穿孔或胆囊床部分黏膜残留62例及胆囊床渗血较多22例,均用电刀烧灼胆囊床。胆囊三角区解剖关系不清或胆囊与大网膜广泛粘连26例。

1.3 腹腔引流指征及引流方法

引流指征:急性胆囊炎术中发现渗出较多;萎缩性胆囊炎创面处理不满意;化脓性胆囊炎、坏疽性胆囊炎或胆囊结石嵌顿者。术中行腹腔引流的110例。引流管均采用26号橡胶管,加做侧孔2~3个。放置方法:取出胆囊并冲洗腹腔后,经剑突下套管将引流管送入腹腔,自腋前线原戳孔引出固定,近端摆入至胆囊床下,温氏孔旁。

1.4 统计方法

统计放置引流组与未放置引流组肝下积液积液并发症发生率,两组率的比较采用两样本的 χ^2 检验,数据采用SPSS13.0统计软件处理。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。中转开腹手术病例不计入本次比较。

2 结果

2.1 并发症比较

放置引流组术后引流时间最短48 h,最长11 d,平均3 d。3例引流液为胆汁,其中1例引流量150~300 mL/d,2例引流量为50~150 mL/d,均无胆汁性腹膜炎,均采用严密观察及抗感染和支持治疗,经引流6~7 d,胆汁减少,9~11 d拔除。10例引流液为血性液体,暗红色,20~50 mL/d,予止血和引流治疗;97例引流液为淡红色液体,引

收稿日期:2008-03-22; 修订日期:2008-05-23。

作者简介:陈明福,男,湖南省双峰县人民医院主治医师,主要从事肝胆方面的研究。

通讯作者:陈明福 E-mail:cmf20082008@tom.com

流量 20 ~ 100 mL, 引流量均逐日减少, 于 2 ~ 5 d 拔除; 引流组无并发腹腔脓肿或肝下积液。未放置引流管组 346 例中术后发生肝下积液 10 例, 肝下积液并伤口感染 1 例, 胆漏肝下积胆汁 3 例, 无胆汁性腹膜炎, 所有肝下积液积脓或胆汁患者量较多的 5 例患者行 B 超引导下穿刺引流, 其余经抗感染等保守治疗后痊愈。两组间比较, 并发症发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 1)。

表 1 LC 放置引流与未放置引流术后并发症发生率比较

组别	总例数(例)	并发症(例)			发生率(%)
		肝下积液或胆汁	肝下积脓	合计	
放置引流	110	0	0	0	0
未放置引流	346	13	1	14	4.0
P 值					<0.05

2.2 并发症分析

在未放置引流组出现 13 例肝下积液或胆汁, 1 例肝下积脓, 均发生在开展腹腔镜胆囊切除术早期, 与初期经验不足, 对放置引流认识不足有关。未引流组胆漏 3 例术中发现为胆囊管结石嵌顿, 胆囊管短而粗, 且胆囊明显炎症水肿, 取出结石未引起足够重视, 胆囊管未用丝线缝扎, 仅用钛夹钳闭, 结果造成胆汁漏, 估计是胆囊管夹闭不全所致。1 例肝下积脓发生于急性胆囊炎, 术中因粘连严重分离胆囊床时, 致使胆囊壁破裂, 胆汁漏出, 术中经冲洗干净后没有放置引流, 结果导致并发症发生。10 例肝下积液患者发生在急性胆囊炎者 2 例, 同时合并糖尿病者 4 例, 慢性胆囊炎急性发作致胆囊与周边组织粘连严重 2 例, 其中 1 例既往有上消化道穿孔修补手术病史, 主要是由于术中分离困难, 术后渗血渗液较多所致, 2 例合并高血压术前有口服阿司匹林史, 术中有血性液体渗出, 彻底止血后未见明显渗出而未放置引流致积液。

3 讨论

腹腔引流是 LC 术的基本环节, 其作用越来越受到认同。章勇等^[2]认为: 胆囊切除术后术野至少有 30 ~ 50 mL 渗液积于肝下, 易导致感染, 甚至形成脓肿, 放置腹腔引流管, 可及时发现胆漏或腹腔内出血, 一旦发生胆漏, 腹腔引流有助于使漏出的胆汁局限化, 可避免发生胆汁性腹膜炎, 而且多数胆漏患者经过引流可得到治愈。本文共 6 例术后发生胆漏, 结合术中情况考虑为胆囊管夹闭不全或胆囊床迷走单管损伤所致^[3], 其中 3 例放置腹腔引流者, 通过通畅的腹腔引流均未发生并发症; 而未置引流的 3 例则发生了并发症。说明某些情况下放置腹腔引流的重要性。但应严格掌握

放置腹腔引流管的指征。LC 术中放置腹腔引流为预防性引流, 指征不如治疗性引流确切, 这主要依赖于手术者的经验与判断。结合文献^[4-7]报道, 笔者认为放置腹腔引流的指征如下: (1) 对萎缩性胆囊炎, 急性化脓性或坏疽性胆囊炎, 胆囊积脓或术中穿孔的病例应该常规放置引流。本组未放置引流组有 11 例急性胆囊炎患者, 1 例并发肝下脓肿、戳孔感染, 10 例并发肝下积液, 既增加病人的痛苦和医药费用, 又造成了医患纠纷。故笔者认为, 此类病例由于胆囊壁充血水肿或与周围组织紧密粘连, 手术中常致胆囊穿破, 胆囊床部分黏膜残留, 术野污染严重, 腹腔引流可有效的引出积液、积脓, 防止感染形成, 加速病体康复。(2) 对胆囊三角区粘连、解剖不清, 尤其是有上腹部手术史的病例, 或胆囊管增粗、过短, 有结石嵌顿的病例应积极进行腹腔引流。未引流组胆漏 3 例术中发现为胆囊管结石嵌顿, 取出结石未引起足够重视胆囊管未用丝线缝扎, 仅用钛夹钳闭, 结果造成胆汁漏。慢性胆囊炎急性发作致胆囊与周边组织粘连严重 2 例, 术后出现肝下积液。笔者认为凡胆囊三角粘连严重、解剖不清, 胆囊管残端处理不完善, 且不排除胆管损伤的病例, 应积极行腹腔引流。(3) 对手术中出血或胆囊床渗血多, 或怀疑有内脏损伤的病例, 应放置引流。手术中胆囊床创面渗血较多是 LC 手术中经常遇到的问题, 尤其门静脉高压或长期服用抗凝药物的病人。本组有 10 余例冠心病患者经常服用阿司匹林, 尽管术前术中作了细致的处理, 术中仍然有血性液体渗出, 有的甚至多达 100 mL, 这类患者如果不放置引流或引流不畅, 则很容易形成肝下积液致腹腔感染。

参考文献:

- [1] 伍晓汀, 周勇. 腹腔引流管的正确选择和合理应用[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(1): 35-36.
- [2] 章勇, 金正明, 钱岳荣, 等. 胆囊切除术后引流与否探讨[J]. 中国普通外科杂志, 2000, 9(2): 171-172.
- [3] 严立俊, 汤利民, 张赞, 等. 腹腔镜胆囊切除术中引流管的应用体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2007, 8(4): 336-337.
- [4] 罗丁, 陈训如, 毛静熙, 等. 腹腔镜胆囊切除术中特殊类型胆囊管的处理[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(2): 103-104.
- [5] 林森国, 孙镇蛟, 钟明, 等. 胆囊管增粗腹腔镜胆囊切除术中的处理体会[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(3): 164-166.
- [6] 高峰, 呼延清, 刘勇峰. 急性胆囊炎腹腔镜切除术: 附 58 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(1): 18-19.
- [7] 俞荣璋, 杨顺俊, 付兰民, 等. 腹腔镜胆囊切除术的严重并发症分析: 附 48 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(12): 1205-1206.