

文章编号:1005-6947(2007)02-0189-02

· 临床报道 ·

胆道再次手术 68 例临床分析

范德标, 许建平, 简锋

(广东省深圳市龙岗区布吉人民医院 外一科 广东 深圳 518112)

摘要: 回顾性分析 68 例胆道再次手术患者的临床资料。全组胆道再次手术占同期胆道手术的 5.0%。其中 2 次手术 54 例, 占 79.4%, 3 次手术 10 例, 占 14.7%, 4 次手术 4 例, 占 5.9%。术后近期再手术 12 例, 占 17.6%, 主要处理胆道术后并发症, 如胆瘘、感染、胆道损伤及胆道残余结石。远期手术 56 例, 占 82.4%, 主要处理胆道术后残余或再发结石及前次手术未解决的胆道畸形、梗阻。笔者认为降低胆道再次手术的关键是: (1) 首次手术时充分认识胆道疾患的复杂性和难治性, 术前正确估计病情, 并作详尽的辅助检查, 以减少手术盲目性。(2) 采取合理的手术方式, 尽可能彻底根治疾病。(3) 重视术后并发症的处理。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2): 189-190]

关键词: 胆道疾病/外科学; 再手术; 手术后并发症/预防与控制

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** B

我科自 1994 年 1 月—2004 年 12 月收治良性胆道疾患行胆道再次手术患者共 68 例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组胆道再次手术, 占同期胆道手术的 5.0% (68/1360)。其中男 30 例, 女 38 例; 年龄 22~74 (平均 56.4) 岁; 接受 2 次手术者 54 例 (79.4%), 3 次手术者 10 例 (14.7%), 4 次手术者 4 例 (5.9%)。距前次手术时间最短 5d, 最长 20 年。

1.2 术后近期再手术

胆道术后 1 个月内再次手术者 12 例 (17.6%), 其中胆瘘 6 例 (发生在术后 2 例, T 管脱出后 1 例, 拔 T 管后 3 例), 腹腔内感染、膈下脓肿 2 例, 胆总管断离结扎 1 例及胆总管残余结石 3 例。无胆道术后出血病例。手术方式: 经引流瘘口胆道镜成功取石 3 例, 剖腹重新置 T 管引流 5 例, 剖腹检查因 T 管正常而行腹腔双套引流术 3 例, 肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术 1 例。

1.3 远期再手术

再次手术时间为胆道术后 1 个月到 20 年不等, 共 56 例 (82.4%)。包括: T 管造影证实胆道残余结石 4 例 (胆道镜取石未成功转剖腹手术), 单纯胆管结石 34 例, 胆总管结石合并肝内胆管结石 5 例, 胆总管结石合并狭窄性乳头炎 4 例, 胆道蛔虫 3 例, 单纯胆囊结石 3 例 (胆囊取石造瘘术后再生结石), 小胆囊结石 2 例 (胆囊切除术后残余胆

囊并结石) 以及胆总管结石合并胆总管下端恶性肿瘤 1 例。手术方式: 因合并急性梗阻性化脓性胆管炎行急诊手术 15 例, 其余均为择期手术。56 例分别行胆总管探查 + T 管引流 17 例, 胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术 30 例, 胆总管十二指肠吻合术 2 例, 胆囊空肠 Roux-en-Y 吻合术 1 例, 行 Oddi 括约肌成型术 1 例以及胆囊及小胆囊切除 5 例。

2 结果

临床治愈 61 例 (89.7%), 疗效不佳而转外院治疗治疗 3 例 (4.4%)。死亡 4 例 (5.9%)。1 例因腹腔感染、膈下脓肿 (并存脑梗塞后遗症) 再次手术后多脏器功能衰竭死亡; 1 例因合并急性梗阻性化脓性胆管炎, 感染性休克, 多脏器功能衰竭死亡; 2 例合并胆汁性肝硬化、肝功能衰竭死亡。

3 讨论

胆道近期再手术的原因是为了处理胆道术后并发症, 如胆瘘、胆道损伤、腹腔感染、术后出血及胆道残余结石。远期再手术的主要原因是处理胆道残余结石或再生结石。因此, 在积极预防治疗胆道术后并发症同时, 如何避免胆道残余结石和防治胆道再生结石的发生是降低胆道再手术率的关键^[1-3]。本组再手术率 5.0%, 远低于 10%~20% 的平均水平^[4]。

临床医生应充分认识胆道疾病的复杂性和难治性, 术前周密准备, 把握恰当手术时机, 采取合理手术方式, 尽可能彻底根治疾患。为此, 手术时应注意: (1) 在胆道疾病的首次外科治疗中, 超声检查往往强调胆囊疾患而忽略总胆管全部状况的观察, 医生对胆道系统的详情了解不够, 手术只行单纯胆囊切除, 胆管结石未得到处理。因此必须强调胆石症患者的术前检查应全面可靠; (2) 胆道再次手术前

收稿日期: 2006-05-31; 修订日期: 2006-10-20。

作者简介: 范德标, 男, 广东人, 深圳市布吉人民医院副主任医师, 主要从事普外临床方面的研究。

通讯作者: 范德标

文章编号:1005-6947(2007)02-0190-02

· 临床报道 ·

80岁以上超高龄化脓性胆管炎手术治疗13例分析

凌宝存, 王乃金, 张伟, 应浩杰, 史进

(解放军第一四八中心医院 外一科, 山东 淄博 255300)

摘要: 总结80岁以上超高龄化脓性胆管炎的发病情况, 临床特点、治疗方法的选择、并发症的预防等。笔者回顾性分析近2年来所诊治的13例80岁以上超高龄急性化脓性胆管炎患者, 年龄81~92岁, 有1种并存病以上为100%, 此类病人临床特点是症状体征较轻, 容易进入早期状态。根据该组病人治疗经验, 笔者体会: 应积极进行手术治疗、在可能的条件下术前充分准备, 纠正内环境紊乱、治疗并存病, 力争作择期手术显得更为安全。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2):190-191]

关键词: 胆管炎/外科学; 老年人, 80以上; 急性病

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** B

急性化脓性胆管炎是80岁以上超高龄组发病率较高的胆道疾病, 病情较危重, 进展快、病死率较高。随着社会的进步, 人口老年化已是不争的事实, 故临床应重视80岁

以上超高龄患者不同疾病的特点。有鉴于此, 故将我院近2年来手术治疗的13例80岁以上超高龄急性化脓性胆管炎患者报告如下。

收稿日期: 2006-05-31; **修订日期:** 2006-10-20。

作者简介: 凌宝存, 男, 江苏东台人, 解放军148中心医院外科主任医师, 主要从事临床老年外科疾病的诊治方面的研究。

通讯作者: 凌宝存 E-mail: sj504504@163.com

1 临床资料

1.1 一般资料

男9例, 女4例; 年龄81~92岁。首次发病者2例, ERCP术后并发化脓性胆管炎2例; 以往有胆道手术史3例、

应采用周密、仔细的联合检查方法, 正确全面了解胆石部位、范围、大小、数量以及胆道有无狭窄、畸形, 以便作出正确合理的术式选择。近年来, 由于影像诊断技术的发展, 包括B超(胆道超声), PTC(经皮肝胆管造影), ERCP(内镜逆行胰胆管造影), 螺旋CT胆道成像和MRI(磁共振成像)胆道成像的联合应用, 术前诊断率明显提高。我科2年来采用多项联合检查胆道术后综合征, 有6例确诊胆管结石再手术治愈。(3)不断提高术者的经验和围手术期管理水平, 保证胆道术后各引流管通畅有效, 合理应用抗生素, 及时纠正水、电解质酸碱失衡, 营养支持, 防止胆道损伤、胆瘘、腹腔感染等胆道早期并发症发生。(4)胆道再手术前, 必须注意改善患者的全身状况, 充分了解肝脏功能, 估计手术预后, 纠正贫血及低蛋白血症, 纠正凝血异常。尤其注意对患者其他系统并存病的治疗和控制, 提高对麻醉和手术的耐受性, 尽量采取择期手术减少急诊手术的局限性。(5)术中行纤维胆道镜和胆道造影检查, 术中B超检查等, 有利于发现残石可减少术后减少残石发生。术后常规T管造影及经窦道纤维胆道镜检查, 尽可能取净残石, 减少剖腹手术率。(6)多次胆道手术虽按手术原则治疗, 但仍有胆石形成。因此应考虑有胆石形成基本因素而进行定期复查, 及时明确诊断并择期手术。对于当时病情不允许行内引流而确定胆道存在狭窄, 或多次急诊手术,

或肝内胆管结石未取净者, T管引流不能盲目拔除, 带T管3~6个月后择期行根治性手术。(7)术中充分估计胆道病变情况, 正确合理选择术式, 包括手术切口的选择、粘连的分离、术野的暴露、胆道的探查, 力争取净结石, 建立理想的通畅的胆汁引流和残石排出通道, 以减少或避免结石复发。根据胆道扩张情况, 是否存在肝内病变, 是否存在胆管狭窄及其发生部位和范围等选择行胆道引流术、胆总管空肠吻合术、胆总管十二指肠吻合术、Oddi括约肌成形术、肝内胆管切开取石或肝叶切除术等。笔者体会充分显露术野, 清晰解剖胆道及邻近器官是手术成功的基础和关键。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 662.
- [2] 刘永锋. 加强对腹部外科再次手术的认识[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 194.
- [3] 杨友友, 毛学方, 李伟冠. 胆道再次手术92例分析[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(2): 147-148.
- [4] 施维锦. 胆道外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1993. 305-307.