

文章编号:1005-6947(2007)07-0712-02

· 临床报道 ·

胆道再次手术中医源性十二指肠损伤的原因分析及处理

林德新, 李旋, 林枫, 叶启文, 李林立

(福建省闽东医院 肝胆外科, 福建 福安 355000)

摘要:为探讨胆道再次手术中医源性十二指肠损伤的原因及处理,笔者回顾性分析15年间治疗的13例医源性十二指肠损伤患者的资料。2例系在Baker's探条探查胆道时致十二指肠后壁损伤;9例因分离十二指肠与肝胆广泛粘连而损伤十二指肠球部前壁;2例因分离十二指肠与肝肠广泛粘连而损伤十二指肠降部前壁。分别用损伤修补、十二指肠腔内外引流和胃造瘘术处理。全组治愈11例,死亡2例。提示胆道再次手术时,急诊手术者易于发生十二指肠损伤;责任心与细致地操作是减少损伤的关键,恰当的处理方法乃治疗成功的决定因素。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):712-713]

关键词: 十二指肠/损伤;胆道外科手术;手术中并发症/预防与控制;医源性损伤

中图分类号: R657.4

文献标识码: B

胆道再次手术时,局部解剖关系不清,肝下区广泛粘连,尤其是急诊手术;此时组织和胆总管壁处于水肿、充血阶段,极其脆弱,术中极易出血,使手术视野模糊。故易造成十二指肠损伤。十二指肠损伤后如能及时发现及采用恰当的处理方法,多能痊愈。如不及时妥善处理,术后衍变为十二指肠外瘘后再处理将十分棘手,可伴发严重感染、器官衰竭而危及生命^[1]。我院从1989年2月—2004年7月共进行214例胆道再次手术,其中致十二指肠损伤13例,发生率6.1%,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组均为胆石症再次手术患者,男5例,女8例,年龄27~79(平均45.3)岁。上次手术方式:胆囊切除术1例,胆囊切除+胆总管切开取石术5例,胆总管切开取石+肝叶切除术3例,胆总管切开取石术4例。2次手术损伤8例,3次或3次以上胆道手术5例。十二指肠损伤均为急诊手术所致。损伤部位:十二指肠球部前壁9例,十二指肠降部后壁2例,十二指肠降部前壁2例。

1.2 损伤原因及处理方法

本组十二指肠损伤均在术中发现。9例为分离十二指肠与肝胆广泛粘连时损伤十二指肠球部前壁,其中6例裂口较小,在不影响十二指肠腔的前提下,修补缝合穿孔,再用大网膜覆盖,将胃管送入十二指肠修补处近端,术后持续吸引减压,并在修补缝合旁置腹腔引流管^[2-3];另3例裂口为1.5~2.0cm修补困难,在裂口处作置管造瘘,用细丝线

缝合损伤部肠壁作内翻荷包缝合并固定造瘘管,然后在胃窦部前壁造瘘插管至十二指肠降部、横部,负压吸引,引流十二指肠液和胰液,在裂口修补处附近置腹腔负压双套管引流。2例探查胆总管前行“胆总管”穿刺抽出少量胆汁而误切十二指肠降部前壁,切口长度1.0~2.5cm;即行十二指肠切口修补,并将胃管插至十二指肠修补处以便于减压,修补处附近放置腹腔负压双套管持续吸引。另2例为探查胆总管下端时Baker's探条致十二指肠降部后壁穿孔,其中1例为十二指肠降部憩室穿孔^[4],予穿孔修补(憩室切除后修补),后腹膜放置腹腔负压双套管引流,并将胃管引导至十二指肠降部;2例同时行Oddis括约肌切开成形术。13例均行胆总管T管引流。全组均予肠内外营养和抗感染治疗。

2 结果

本组中10例经处理后无并发症痊愈出院。术后发现肠外瘘3例,其中2例为裂口小仅行十二指肠裂口修补者;2例于术后5d,1例于术后7d,发现腹腔引流为消化液、胆汁,服亚甲蓝液自腹腔引流管排出而获诊断。1例采取腹腔负压双套管充分引流,2例采用腹腔引流管引流。其中1例经综合治疗45d后瘘口愈合出院。其余2例中1例78岁男性患者,出现严重感染并发的多脏器衰竭,术后46d患者家属放弃治疗;另1例79岁男性患者,出现脓毒症和急性肾衰竭死亡。

3 讨论

胆道再次手术尤其急诊手术致十二指肠损伤发生率为0.038%^[5]。本组发生于下列3种情况:(1)为分离十二指肠与肝胆或肝肠广泛炎性粘连时损伤十二指肠球部;(2)为穿刺抽出少量胆汁而误将十二指肠认作胆总管切开;(3)为探查胆总管末端时Baker's探条戳穿十二指肠降部。分析其原因:(1)患者均为急诊手术,多伴有急性化脓性胆管炎

收稿日期:2006-12-28; 修订日期:2007-06-22。

作者简介:林德新,男,福建福鼎人,福建省闽东医院住院医师,主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:林德新 E-mail:ldx566@163.com

或急性胰腺炎,病情危重,时间紧急,手术者往往专注于胆道疾病,以求快速解决问题挽救生命,而忽视十二指肠损伤的可能;(2)多数患者手术前已进行非手术治疗,此时又是急诊手术,组织和胆总管壁处于水肿、充血阶段,极其脆弱,术中极易出血,手术视野模糊,误将十二指肠剥破;(3)损伤均发生于再次胆道手术,并因反复炎症与周围脏器形成致密粘连的患者,肝下区广泛粘连,局部解剖关系不清,粘连甚至形成十二指肠牵拉假性憩室;(4)当胆总管与十二指肠难以辨认时,穿出少量胆汁便误认为是胆总管;(5)胆总管末端痉挛或炎性狭窄,而术者使用金属探条时用暴力致十二指肠降部内后壁损伤;(6)虽然胆总管下端无狭窄,但如过分追求“脱空感”而用力过猛,极易损伤十二指肠降部前壁;(7)十二指肠降部内侧壁乳头旁是憩室好发部位,如果憩室较大,腔内有较多滞留物或伴发憩室炎时,金属探条易致憩室穿孔,也可能因自“T”管注水引起十二指肠内压骤升而促使憩室破裂。因此,除充分认识十二指肠损伤在胆道再次手术中发生的可能性外,对多次手术粘连严重者应细心解剖,切忌盲目操作。因此,术者应重视胆道再次手术时邻近脏器受累及损伤程度的判断,对既往手术造成的严重腹腔粘连,术时应估计到十二指肠损伤及术后肠痿的可能,才能有效地避免上述情况。

胆道再次手术,尤其在急诊手术时,因患者的病情较急及术前准备有限,一旦发生十二指肠损伤,多数可行单纯裂口修补,勿扩大手术范围,以免增加并发症^[6]。入腹后首先分离腹部切口大网膜与胃十二指肠和肝脏等形成的疏松或致密粘连,然后紧贴肝脏前叶下缘,逐次分离肝脏与大网膜、结肠、十二指肠及胃等形成的广泛粘连。在分离致密粘连时,应尽量紧贴肝脏侧而不致分破十二指肠;对于非常紧密的粘连,分离十分困难且易损伤空腔脏器,可以在肝包膜下分离,顺肝缘由浅入深。并从外侧向内侧分离解剖,直达网膜孔及肝十二指肠韧带,韧带外侧缘的管状结构即为胆总管所在。解剖不清时用手指伸入网膜孔内可扪及搏动的肝动脉,其外侧缘即为胆管。整个分离过程既要耐心,又要认识到十二指肠及其他脏器损伤的可能。笔者的经验是:对胆总管十二指肠难以辨认者,穿刺抽得大量胆汁时切开才可靠。胆总管切开取石后,常用的方法之一是用金属探条探查胆道下段。为防止金属的坚硬及术者用力过度所致的损伤,探查时可先使用导尿管,能顺利经胆总管切口通过括约肌进入十二指肠,则不必常规用金属探条探查。非用金属探条动作要轻柔;必要时作 Kocher 切口游离十二指肠,左手插入十二指肠后辅助右手探条操作;一般先用6,7号探条,因3,4号容易造成“假道”。使用时应格外小心。若探条不能顺利通过胆总管开口,尽可能进行台上胆道造影或胆道镜检查,以防遗漏胆道下段的病变及损伤十二指肠。

十二指肠是胃液胆汁和胰液相汇合处,生理情况下每天有约7 000mL液体在此汇合流过;尤其胰液,是引起肠痿的主要因素^[7]。因此,如何有效地引流,减轻损伤部位的张力是治疗的关键,也是手术引流方式设计的基本原则^[8-9]。相对于消化道其他部位,十二指肠壁的血运差,由于肠腔内有多种消化酶,故其肠壁的修复能力也差,尤其是受伤时间较长,肠壁水肿明显者。所以,无论采用何种引流方式,有效的十二指肠内减压,对促进其愈合极为重要。但

单纯鼻胃管引流常难以持久。本组2例术后发生肠痿主要原因是肠腔内压力大引起的。解决方法可将鼻胃管送至十二指肠修补处或进行胃造痿,持续负压吸引,以引走腔内消化液,促进修复口愈合。而肠腔外引流在于避免修复处浸泡于积聚液中,防止渗漏。为此可取大口径双套管置于肝下间隙十二指肠修补处,持续低负压吸引,并保持其通畅。引流管的放置应强调肠内外并重。约于术后14d先停肠腔内引流,若无渗漏,1周后拔除胃造痿管,最后拔除腹腔引流管。

抗感染和全身营养支持,对胆道手术中十二指肠损伤的重要性自不待言^[10]。但控制感染的措施仍是引流。黎介寿^[11]指出,有效的引流对控制感染较之抗菌药的应用更为重要。对胆道手术中的十二指肠损伤,临床医师术中的防范是主要的,一旦发生,常加重病情,迁延病期。合理、灵活地选择恰当的处置方法是治疗成功的关键。

本组2例死亡,其原因:(1)年老,体弱,经多次胆道结石,肝功能均有不同程度的损害。(2)决定手术治疗时,患者病情已危重,无法进行充分的术前准备,手术打击的耐受能力下降。1例已行4次手术,术前因家属考虑年龄问题而非手术治疗,无效后才决定手术。此时患者水、电解质酸碱平衡失调,生命征不稳,经短时纠正后即行手术,术中虽然进行充分引流,但仍无济于事。另1例十二指肠损伤后,由于病情重,只进行单纯修补,未在十二指肠内外行充分引流。发生肠外痿后,虽然采取充分有效的引流,仍无法挽回生命。

参考文献:

- [1] Verma GR, Wig JD, Khanna SK, *et al.* Management of duodenal trauma [J]. *Trop Gastroenterol*, 1994, 15 (1): 23 - 28.
- [2] Molitvoslovov AB, Eramishantsev AK, Markarov AE, *et al.* Diagnosis and treatment policy in trauma of duodenum [J]. *Khirurgiia (Mosk)*, 2004, (8): 46 - 51.
- [3] Ivanov PA, Grishin AV, Korneev DA, *et al.* Injuries of pancreatoduodenal organs [J]. *Khirurgiia (Mosk)*, 2003, (12): 39 - 43.
- [4] Valenzuela MJ, Bonasa E, Sanche JM, *et al.* Traumatic perforation of a duodenal diverticulum [J]. *Cir Esp*, 2006, 80 (4): 224 - 226.
- [5] 汲崇德,盖宝东,郑泽霖.胆结石手术中医源性胆管和十二指肠损伤原因分析[J].*医学新知杂志*, 2001, 11 (3): 148.
- [6] Cogbill TH, Moore EE, Feliciano DV, *et al.* Conservative management of duodenal trauma: a multicenter perspective [J]. *J Trauma*, 1990, 30 (12): 1469 - 1475.
- [7] Mckenney MG, Nir I, Levi DM. Evaluation of minor penetrating duodenal injuries [J]. *Am Surg*, 1996, 62 (11): 952 - 955.
- [8] Bozkurt B, Ozdemir BA, Kocer B, *et al.* Operative approach in traumatic injuries of the duodenum [J]. *Acta Chir Belg*, 2006, 106 (4): 405 - 408.
- [9] Neri V, Ambrosi A, Fersini A, *et al.* Duodenal perforation in course of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-endoscopic sphincterotomy. Therapeutic considerations [J]. *Ann Ital Chir*, 2006, 77 (2): 161 - 164.
- [10] Blocksom JM, Tyburski JG, Sohn RL, *et al.* Prognostic determinants in duodenal injuries [J]. *Am Surg*, 2004, 70 (3): 248 - 255.
- [11] 黎介寿.展望肠外痿的治疗[J].*中国实用外科杂志*, 1999, 19 (4): 195.