

## 胆囊切除术损伤胆管 26 例临床分析

向国军, 和韩伟, 姚自红, 南吉

(迪庆藏族自治州藏医院普通外科, 云南 香格里拉 674400)

[关键词] 胆囊切除术; 胆管损伤; 修复术

[中图分类号] R657.4 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 04-0151-02

近年来, 随着人们生活水平的不断提高, 特别是饮食结构的改变和 B 超在临床的应用日益广泛及健康普查的开展, 越来越多的胆囊结石被检出。胆囊结石是普外科的常见病、多发病, 主要见于成年人, 女性常见, 尤以经产妇及肥胖者多见, 男女比例约为 1:3, 但随着年龄增长其性别差异减少。胆囊切除术最严重的并发症之一是损伤胆管, 开腹切除术胆管损伤率为 0.2%~0.3%, 而腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic cholecystectomy, LC) 合并的胆管损伤率则比开腹胆管切除术 (open cholecystectomy, OC) 高 2~3 倍。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选择 2009 年 3 月至 2010 年 7 月在某医院收治的胆囊切除术损伤胆管患者 26 例, 其中女 14 例, 男 12 例, 年龄 23~76 岁, 平均 41 岁。保守治疗 2 例, 术后发现修复 21 例, 术中发现并修复 3 例。另外, 修复术后再手术 15 例。

#### 1.2 统计学处理

采用 SPSS13.0 统计软件进行检验, 所有数据 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用方差分析,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

本组 26 例患者中, 死亡 2 例, 死亡率为 7.69% (2/26)。胆管损伤修复术后, 疗效较差, 再手术率较高。修复术力争术中、术后早期 (小于 48 h 内) 或 4 周后处理, 可减少术后胆管狭窄、胆漏的发生率, 提高疗效。

损伤原因、例数、修复及再手术情况见表 1。LC 再手术率为 94.12% (16/17), OC 再手术率为 71.43% (5/7), 2 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。再手术率与患者性别年龄无显著关系 ( $P < 0.05$ ), 与损伤原因、修复时间和手术操作等因素有关。

结果显示, LC 手术的切口, 出血量, 手术时间, 术后排气时间, 术后住院时间等指标上比较, 均低于 OC 手术, 2 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 1 26 例胆囊切除术首次术式 (伤因)、损伤例数与再手术情况

首次术式	n	术中发现修复	术后发现保守治疗	再手术率 (%)
LC	18	1	1	94.12
OC	8	2	1	71.43*
合计	26	3	2	87.50

与 LC 组比较, \* $P < 0.05$ 。

表 2 术后出血及手术时间等指标比较

手术方式	切口 (cm)	出血量 (mL)	手术时间 (min)	术后排气时间 (d)	术后住院时间 (d)
LC	3.5~4*	10~100*	20~70*	1.1±0.4*	3.1±1.9*
OC	10~20	100~400	40~180	3.5±1.4	9.8±1.6

与 OC 组比较, \* $P < 0.05$ 。

[作者简介] 向国军 (1973~), 男, 云南香格里拉县人, 大学本科, 主治医师, 主要从事普外科临床工作。

### 3 讨论

胆囊结石成因十分复杂,是综合性因素所致.目前认为其基本因素是胆汁的成分及理化性质发生了改变,导致胆汁中的胆固醇呈过饱和状态,易于沉淀析出和结晶而形成结石.另外,胆囊结石具有家族史的特点.糖尿病、长时间禁食、体重快速减轻、高体重指数、高脂饮食、吸烟、肝硬化等均是胆囊结石发病的危险因素.

对于胆囊结石的诊断,临床病史和体检可为诊断提供有益线索,但确诊需依靠影像学检查.B超发现胆囊结石即可确诊,正确诊断率在96%以上,是首选方法.另外,CT、MRCP可更清楚显示胆道结构及结石的位置、大小.行胆道相关检查时,最好于上午空腹进行,否则进食后胆囊收缩,不利于显示.

对于有症状的胆囊结石,因保守治疗症状缓解后约50%的患者于5~10a内会复发,所以应首选急诊或择期手术治疗.大量临床实践证实,腹腔镜胆囊切除术已被证明是最少并发症和治疗良性胆囊疾病的最合适的手术方法.该手术安全、准确、创伤小、恢复快、出血少、住院时间短,越来越被广大病人接受.对于无症状的胆囊结石,一般认为不需立即行胆囊切除,只需观察和随访.但有下列情况,应及时考虑手术治疗:(1)口服胆囊造影胆囊不显影;(2)结石直径超过2~3cm;(3)合并瓷化胆囊;(4)合并糖尿病:在糖尿病已控制时;(5)有心肺功能障碍者.因后两种情况,一旦急性发作或发生并发症而被迫施行急诊手术时,危险性远较择期手术大.

术后胆管损伤对端吻合术后,为了防止吻合口狭窄、出现胆漏的问题,那么内置T管支撑吻合术就显得极其重要,但是必须注意以下3点:(1)T管应支撑半年以上;(2)为了避免出现吻合口狭窄,影响吻合口愈合的现象,应该禁忌T管长臂直接从吻合口引出,而可以从下胆管壁或

吻合口上另行戳创引出;(3)为了避免造成胆漏或狭窄,以及吻合口缺血坏死的现象,T管短臂应该通过吻合口.

密切观察病情变化,包括意识状态和瞳孔,皮肤色泽、温度和湿度,周围动脉搏动、血压和脉压差,呼吸频率与深度,体温,尿量及性质、尿相对密度,中心静脉压及周围表浅静脉充盈度等.在病情观察过程中,可使用床旁监护仪,但不能完全依赖监护仪器显示的数据,而应将细致观察与仪器显示相结合,以防仪器误差.手术后巡回护士护送患者回病房,途中注意观察患者的呼吸、脉搏,保持输液及各种引流管道畅通.送入病房后与病房护士交接患者情况,并与患者或家属进行交流,告知手术预后,使患者以良好的心态面对治疗,在整个手术治疗中有医护人员全程陪护,增强了患者的安全感及舒适度.

总之,对于本组26例胆囊切除术损伤胆管的诊治,正确掌握胆管损伤后修复方法和修复时机,手术前后给予患者必要的营养支持和药物治疗,都能够提高患者的治疗效果.

#### [参考文献]

- [1] 高志清,储由池,王为忠,等. 医源性胆管损伤死亡6例分析[J]. 肝胆胰外科杂志,1995,3:42-45.
- [2] 黄志强主编. 黄志强胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1998:428-467.
- [3] BLUMAGART L H, KELLEY C J, BENJAMIN I S. Benign bile duct Stricture for-lowing cholecystectomy:Critical factors in management [J]. Br J Surg, 1984, 71: 836 - 841.
- [4] 窦科峰,付由池,李海民. 胆管空肠吻合术后再手术[J]. 临床外科杂志,2000,8(1):9-10.
- [5] 冉承茂,易晓雷,朱书振. 医源性胆管损伤的原因、诊断和治疗方法的探讨 [J]. 医学临床研究杂志, 2006, 123(13):385-387.
- [6] 王秉成,徐元灯. 医源性胆管损伤原因及诊治探讨 [J]. 肝胆胰外科杂志,2004,16(4):306-307.

(2012-02-02收稿)