

腹腔镜胆囊切除术后胆漏 2 例报道

李双喜, 孙敏, 刘训强

(昆明医科大学第二附属医院腹部微创外科, 云南昆明 650000)

[关键词] 腹腔镜胆囊切除术后; 胆漏; 防治

[中图分类号] R657.4*2 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2013)02-0137-02

腹腔镜胆囊切除术 (laparoscopic Cholecystectomy, LC) 以其创伤小、恢复快, 很快地成为治疗胆囊结石首选的治疗方法, 也成为治疗胆囊结石的金标准, 腹腔镜胆囊切除术的最常见并发症之一是胆漏, 其发生率为 1.3%~2.7%^[1], 但由于解剖变异、医生经验不足、解剖不熟悉、操作不规范或由于胆囊炎症水肿与周围组织严重粘连而致解剖不清楚等因素, 腹腔镜胆囊切除术往往导致严重的并发症胆漏, 术后胆漏, 处理起来非常麻烦。昆明医科大学第二附属医院腹部微创外科自 2008 年 8 月至 2010 年 10 月施行的 2 352 例腹腔镜胆囊切除术, 其中 2 例手术后发生胆漏, 报告如下, 在此笔者将探讨 LC 术后胆漏原因、预防、诊断及治疗。

1 临床资料

病例 1, 女, 36 岁, 因为急性胆囊炎, 胆囊结石而住院手术, 查体: 右上腹压痛, 无反跳痛, 莫菲征阳性, 术前 B 超、MRCP 示: 急性胆囊炎并胆囊多发结石, 血生化正常。术中发现胆囊颈部结石嵌顿, 胆囊水肿明显, LC 手术顺利, 术后留置腹腔引流管, 术后第 1 天引出 20 mL 淡血性引流液, 后引流量逐渐减少, 但从第 4 天开始引出胆汁样液体, 大约 30 mL, 后持续引出, 量约 30~100 mL, 患者无特殊不适症状, B 超示胆囊床少许积液, 给予持续引流至术后第 10 天, 引流液才逐渐减少, 引流管在术后第 15 天引流液为 5 mL, 术后 16 d 复查 B 超无腹腔及胆囊床积液后予以拔除。随访 3 月发现患者无不适症状。

病例 2, 女, 64 岁, 患者因为胆囊结石合并

胆囊腺肌症而住院手术, 查体: 腹平软, 无压痛及反跳痛, 莫菲征阴性, 术前 B 超、CT 示: 胆囊腺肌症合并壁间结石和胆囊结石, MRCP 示: 胆囊多发结石, 血生化正常。手术中发现患者炎症严重, 胆囊三角区水肿明显, LC 手术顺利, 手术切除后留置腹腔引流管, 引流量不多, 术后第 3 天拔出, 病理诊断: 胆囊腺肌症并胆囊结石。术后患者恢复良好, 第 7 天予拆线出院, 出院后 3 周患者自觉右上腹隐痛伴腹胀, 入院后肝功能提示轻度肝损伤, B 超提示胆囊窝 7 cm × 6 cm 积液, 予以 B 超引导下穿刺引流, 穿刺引出胆汁样液, 每天量约 60~150 mL, 加用保肝药物, 腹腔穿刺管持续引流, 引流 30 d 后引流量逐渐减少, 穿刺后第 40 天, 无腹腔引流液引出, 复查 B 超胆囊窝无积液, 肝功能正常, 于穿刺后第 43 天拔除腹腔引流管后出院。

2 讨论

2.1 LC 术后胆漏的可能原因

(1) 胆囊管残端漏: 胆囊管的管径较粗致残端夹闭不全, 使用的生物夹型号相对偏小、残端生物夹松脱、胆囊管生物夹的太紧致切割作用; (2) 胆囊管近端管壁损伤或胆囊管、肝总管结合部损伤。多见于胆囊三角区组织致密或胆囊管较短; (3) 解剖胆囊三角时高频电刀及电凝使用不当, 致肝外胆管灼伤; (4) 由于年轻医生经验不足, 牵拉胆囊管致胆总管成角而将成角胆总管误认为胆囊管夹闭、离断, 术后肝总管扩张压力大生物夹脱落; (5) 胆囊三角粘连严重, 解剖胆囊动脉时出血而盲目钳夹, 同时夹闭了右肝管和

[基金项目] 云南省卫生厅科研基金资助项目 (2011WS0081)

[作者简介] 李双喜 (1982~), 男, 云南德宏市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事普外微创外科临床工作。

[通讯作者] 孙敏. E-mail:13888907312@139.com

胆囊动脉,致右肝管坏死漏胆^[2]; (6) 术中过度牵拉胆囊管,致胆囊管与肝总管交汇处撕脱伤; (7) 剥离胆囊床时过深导致渗血明显而强行电凝止血致迷走胆管或副肝管损伤,术中未被及时发现而发生迟发性漏胆。

2.2 LC 术后胆漏的预防

(1) LC 有其独特的学习曲线,术者能熟练地开腹完成普外科的手术,同时必须接受过腹腔镜操作的专项训练,并在上级医师的带教下自己开展 LC 手术约 50 例。严格掌握手术适应症,由易到难,放宽放置腹腔引流管的指征,对于胆囊三角粘连严重的患者,刚开始时必须及时的中转开腹; (2) 解剖胆囊管时,应先打开胆囊管的下方腹膜,再分离胆囊管的后方腹膜,再分离胆囊管的前方腹膜,最后再分离胆囊三角,注意保护胆总管及右肝管; (3) 解剖、分离胆囊三角区时,使用电钩钝性分离,尽量贴近胆囊壁分离,除胆囊动脉外若有不易分开的细小管状或条索状组织,可能是副肝管和迷走胆管,应与胆囊动脉一起夹闭,不能一起夹闭的应先施夹后再断离; (4) 如果胆囊管过粗时应采用阶梯施夹法夹闭胆囊管或用丝线结扎; (5) 在离断胆囊管时应尽量无张力,以防止胆囊管与胆总管及肝总管牵拉成角,离断胆囊管应用剪刀锐性离断,剪断后可见管庄结构; (6) 剥离胆囊床时,应在胆囊壁的肌层与浆膜层之间进行,保留肝脏表面的筋膜组织,对胆囊床做出血点的电凝处理后用一干净小纱布压迫胆囊床处,取出观察是否有淡黄色改变。

2.3 LC 术后胆漏的诊断

大部分 LC 术后胆漏常常在手术中不能及时发现,未放置引流条的 LC 患者术后若出现腹痛、腹胀、发热等不适症状及黄疸、腹膜炎体征时,应及时的 B 超检查,必要时行 MRCP 检查明确诊断。放置腹腔引流管者,通过观察引流量及颜色,便可早期发现胆漏,并根据引流量可初步判断损伤部位^[3]。也必须及时地行 B 超及 MRCP 检查明确诊断。

(1) 腹腔引流量每日 100 mL 以下,多为副肝管、迷走胆管、胆囊管损伤或胆总管、右肝管侧壁有小破口所致; (2) 腹腔引流量每日 200 ~ 500 mL,

多为胆总管及肝总管侧壁损伤或胆囊管生物夹脱落所致; (3) 腹腔引流量每日超过 500 mL 时,多系胆总管横断伤或下端钳闭。

2.4 LC 术后胆漏的治疗

(1) 对于腹腔引流量少的患者,要腹腔引流管保持通畅,并加强营养、支持治疗,大多能自行闭合。本案第 1 例胆漏病例通过原有的腹腔引流管引流治疗治愈; (2) 对于未放置引流管者,早期出现腹痛、腹胀、黄疸、发热、腹膜刺激征者,应及时的行 B 超及 MRCP 检查,必要时行 ERCP 检查,如发现胆囊管残端漏或肝外胆管部分缺损或横断伤,应及时手术处理,如应用带蒂肝圆韧带或胃壁浆肌层修补,修整胆管断端,对端吻合加“T”型管支撑引流,或胆道重建(胆肠吻合); (3) 胆漏局限并包裹者可经超声穿刺引流冲洗治愈。本案第 2 例胆漏病例即是通过 B 超下穿刺胆囊窝处积液行引流治疗治愈; (4) 呈弥漫性腹膜炎表现者必需及时地再次手术探查处理,不可一味地保守治疗以免延误病情^[4]。

目前 LC 手术技术水平已日益成熟,但由于多种原因仍可发生如高碳酸血症、气体栓塞、胆漏、胆道损伤等并发症,在基层医院往往更加常见。由于腹腔镜所致热辐射损伤常不能在术中及时发现,因而术中仔细操作,避免盲目电灼就显得尤为重要。术后细心地护理也是及时发现胆漏并发症的重要条件,一旦诊断明确为胆漏,必须采取正确的处置方法。

[参考文献]

- [1] 贾延庆. 腹腔镜胆囊切除术并发症的防治[J]. 陕西医学杂志, 2007, 10(36): 1 314 - 1 316.
- [2] 王春雷, 赵志军, 邵学谦. 腹腔镜胆囊切除手术探讨[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2007, 28(24): 2 995 - 2 996.
- [3] 方施华. 腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤预防及处理. 中国实用外科杂志, 2007, 27(9): 741 - 743.
- [4] 胡铭明, 邹寿椿, 赵人建, 等. 腹腔镜胆囊切除术后迟发性漏的原因及对策 [J]. 肝胆胰外科杂志, 2005, 17(4): 320 - 321.

(2012-10-14 收稿)