

文章编号:1009-6612(2019)08-0639-02
DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2019.08.639

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤再次手术的经验教训 (附5例报告)

滁州市第一人民医院 葛学翠,李钟声,张长洲

自上世纪90年代末我院开展腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC),随着腹腔镜操作技术水平的不断成熟,LC胆道损伤率有所下降,但胆道损伤后因再次手术不当导致严重后果的情况仍时有发生,笔者回顾分析了本院发生的5例LC术后胆管损伤因再次手术不当导致严重后果患者的临床资料,现将体会报道如下。例1男,41岁,因胆囊结石伴急性胆囊炎入院行LC,术中见胆囊呈急性炎症改变,胆囊三角炎症粘连严重,夹闭切断胆囊管后,游离胆囊三角时发现有一管状断端有胆汁漏出,遂行开腹手术。术中发现胆管横断性损伤,予以肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术,吻合时采用4-0丝线。术后发现引流管引出大量胆汁,于术后第2天再次手术,放置胆肠吻合口支架管引流,但术后第8天引流管脱落。患者出院后反复出现高热、腹痛等急性胆管炎症状,又再次至上级医院手术治疗。术后随访7年,仍经常发作胆管炎,需口服抗生素治疗。例2女,38岁,因胆囊结石伴慢性胆囊炎入院行LC。术中游离胆囊管置夹离断后,分离胆囊三角时发现有一漏胆汁的细小管状断端,予以夹闭,当时考虑为副肝管断端。术后第2天患者感腰背部胀痛,彩超检查示胆囊窝少量积液且患者腹膜炎表现逐渐加重,于术后第3天行剖腹探查术,副肝管断端予以缝扎。术后引流管引出胆汁样液体,且患者出现黄疸,完善MRCP检查明确胆管横断,予以保肝及外引流治疗。外引流3个月后再行手术,术中发现胆管高位横断性损伤伴明显缺损,行胆肠 Roux-en-Y 吻合术。术后胆管炎症状发作频繁,转外院进行第5次手术。术后随访5年,仍时有胆管炎发作,需抗生素治疗。例3女,53岁,因胆囊结石伴慢性胆囊炎入院行LC。术中见胆囊慢性炎症改变,囊壁增厚,术中电凝胆囊床止血。患者于术后第2天感腹痛,且疼痛逐渐加重,遂行腹腔镜穿刺抽出胆汁样液体。术后第6天行腹腔镜探查,术中见胆总管长约5mm的破口,用铁夹夹闭,术后出现胆漏,予以腹腔引流。术后患者出现胆道狭窄,4个月后至外院行胆总管内支架置入,术后多次置换支架,仍反复出现胆管炎症状。术后1年半再次至上级医院行导管狭窄段切除+胆肠 Roux-en-Y 吻合术。随访3年偶有胆管炎发作。例4女,54岁,胆囊结石伴慢性胆囊炎入院行LC,术前彩超检查示胆囊充满型结石,胆总管上段13mm,MRCP检查示胆囊增大、多发结石。术中见胆囊明显增大,壁厚,解剖欠清楚,术后解剖胆囊,见胆囊管旁被钳夹的为另一管道,此管道未与胆囊管连接,考虑胆总管损伤,再次行腹腔镜探查,未发现胆总管损伤,肝下放置引流管。术后出现胆漏,第8天行MRCP检查明确胆管横断损伤。术后第10天行剖腹探查术,并行胆管端端吻合+T管引流术,因胆管缺损较多,吻合口存在明显张力,患者拔除T管后频发胆管炎症状,再次至上级医院行第4次手术。例5女,69岁,因胆囊结石伴慢性胆囊炎入院手术治疗。术中见胆囊萎缩样改变,切断胆囊管后分离胆囊动脉,予以大块组织离断。术后第2天患者出现眼黄、尿黄等黄疸症状,经MRCP检查明确胆管横断性损伤(图1、图2)。术后第6天再次手术,术中发现胆管节段性缺损,强行胆管端端吻合及T管支撑引流术,且T管自吻合口处引出。术后患者频发胆管炎,肝功能损害,最终患者死亡。

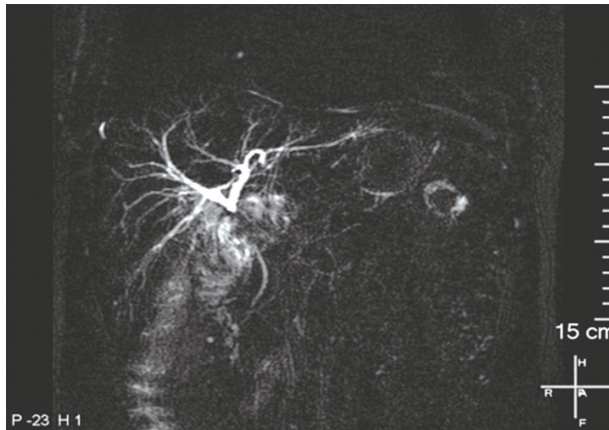


图1 例5患者MRCP影像

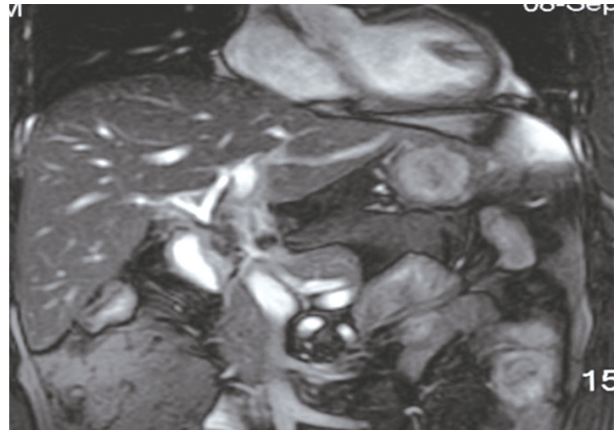


图2 例5患者MRCP影像

讨论 本文5例患者中,4例初次行LC时,术者均为本院高年资医师,具有丰富的LC临床经验,出现胆道损伤的原因包括:(1)手术医师主观上对胆道损伤可能引起的严重后果认识不够深刻或过度自信;(2)急性胆囊炎期间胆囊三角区组织粘连严重,导致解剖结构欠清等;(3)胆管壁被电凝钩灼伤后导致胆管局部缺血性坏死,发生胆漏或后期疤痕挛缩,导致胆管

狭窄等。术者对胆道损伤后再次手术处理不当造成后期多次手术、手术效果差、甚至死亡的严重后果认识不足,且对胆道损伤手术修复又不够专业,直接导致再次手术后的严重后果,因而胆道损伤后的再次手术需要高度重视。现就本文5例胆管损伤再次手术处理不当的原因讨论如下。

(1)术者对胆道损伤再次手术经验不足、精神压力过大。LC导致的胆管损伤多为医疗纠纷,因此首次手术的术者通常想通过自己的努力将纠纷化解,因而术者在巨大精神压力下行再次手术,会严重影响对再次手术的判断。而2013版的胆管损伤诊断与治疗指南中提出术中发现的胆管损伤建议由有经验的胆道专科医师行一期修复;对于非专科医师,术中发现的胆管损伤,单纯放置引流并转诊是最佳的处理方式,然后再由专科医师施行胆管修复手术^[1]。因此,不具备胆管修复手术经验的首次术者,应及时请具备丰富胆道外科手术经验的上级医师完成胆道修复工作。而具备胆管修复手术经验的首次术者,亦有必要进行病例讨论或转上级医院肝胆中心治疗,避免发生严重后果。(2)对胆管损伤的严重后果认识不够深刻。胆管损伤后如果术中及时发现,即时修复是最佳修复时机;因为此时损伤的胆管组织无炎性水肿、血供较好,手术修复成功率高。但本文中例2、例4患者,术者均高度怀疑胆管损伤,手术时抱有侥幸心理,术中未仔细探查,错过了最佳修复时机,甚至再次手术时仍未仔细探查,导致患者后期承受多次手术。因此,若术中或术后怀疑胆管损伤时,应及时中转开腹或再次手术仔细探查,不能抱有任何侥幸心理。(3)再次手术时机欠佳。对于术后胆管损伤后再次手术的时机问题,一直是学术界争论的焦点,国内专家认为,对于术后发现的胆管损伤,患者一般情况良好,不存在不可控的全身感染征象时,可积极早期修复^[2]。尤其以胆道梗阻为主要表现的胆管损伤,只要患者无严重影响手术的情况存在,应尽早手术;而传统以牺牲肝功能为代价,获得胆管扩展利于修复的观点是错误的,应尽早手术解除梗阻,恢复胆道通畅,而长时间等待只会加重肝损伤,导致患者全身情况恶化。本文中例5患者术后诊断胆管损伤后未及时手术,导致肝功能损害严重,再次手术后又频发胆管炎,最终导致死亡。(4)再次手术方式选择不当。中华医学会外科分会胆道外科学组对于胆管损伤治疗方式的推荐意见为胆管损伤的重建术式首选胆管对端吻合术,对于合并明显组织缺损、难以对端吻合的胆管损伤,应选择 Roux-en-Y 胆管空肠吻合术重建胆流的连续性。胆道重建的具体术式应根据胆管损伤部位、胆管缺损长度、损伤胆管口径加以评估与判断,如果损伤部位位于胆管分叉部以下,“胆管壁缝合修补或胆管对端吻合及 T 管支撑引流”是首先考虑的手术方案,但需考虑上下端胆管口径是否相近,吻合口是否张力过大等因素,不必勉强^[3]。不宜行此术式的患者,通常考虑行胆肠 Roux-en-Y 吻合。本文中例3患者术中再次手术发现胆管损伤,仅使用钛夹夹闭,导致术后胆漏及胆管狭窄,出现胆管狭窄后未及时手术治疗,而是置入胆管支架,致使患者反复出现胆管炎,增加了后期手术难度。而例4患者胆总管缺损较多,如行胆管对端吻合,则吻合口张力过大,但仍勉强行此术式,导致不良后果。(5)再次手术中细节处理不当。本文再次手术中细节处理不当包括:①吻合缝线选取不恰当。采用丝线吻合,导致后期胆管狭窄。②未达到胆管吻合的无张力要求。③支撑引流管固定不确切,早期管道脱落,导致后期胆管狭窄。此外,胆管吻合处的血供、上下段胆管壁组织健康、切缘新鲜整齐、胆管口径应相近、忌用空肠祥的断端与胆管吻合、黏膜对黏膜吻合等手术细节也是需要高度重视的。因此精细的手术操作亦是胆道损伤后再次手术成功不容忽视的重要方面^[3]。

综上所述,LC胆管损伤后再次手术应高度重视,对于术中怀疑胆管损伤的患者,应积极剖腹仔细探查,避免侥幸心理而错过一期修复,并请有丰富胆道手术经验的上级医师技术支援。如果再次手术,则应客观评价患者一般情况及胆管损伤情况,选择合适的手术时机及胆管修复方式,手术操作必须细致认真。如果不具备丰富胆管损伤修复经验,应将患者转上级医院治疗,切勿盲目自信。只有如履薄冰,才能最大程度减轻LC胆管损伤造成的不良后果。

参考文献:

[1] 中华医学会外科学分会胆道外科学组.胆管损伤的诊断和治疗指南(2013版)[S].中华消化外科杂志,2013,12(2):81-95.
[2] 严信祺,彭承宏.复杂高位胆管损伤外科处理[J].中国实用外科杂志,2011,31(7):610-612.
[3] 俞文隆,顾宗庭,张永杰.胆道损伤一期修复的要点[J].肝胆外科杂志,2011,19(2):134-135.

(收稿日期:2018-11-01)