维普资讯 http://www.cqvip.com

155-157



# 胆道穿孔病人的术后并发症

刘兼善* 邓德芝*

R657.4

提 要 对26例胆道穿孔病人进行了分析，平均随访13个月，12例发生了术后并发症，讨论了影响术后并发症的主要因素有内科并存病、内毒素血症(ETM)、低血容量休克、手术质量及其防治。并探讨了十二指肠梗阻的原因及其解剖偏差的矫正。

关键词 胆道穿孔 并发症 因素

手术后

**The postoperative complication of cholecyst—perforation.** *Liu Jianshan, Deng Dezi, The People Hospital of Yongxing, Hunan 423300*

**Abstract** This study consists of the analysis of 26 cases of cholecyst perforation. With an average of 13 months visit, we find 12 cases of postoperative complication. This study discusses the main elements causing the complication—internal medicine co—existence, ETM and minimum haemocapacity shock, operation quality as well as disease prevention being discussed. This study also probes into the causes of duodenum obstruction and the adjustement of deviation in anatomy.

**Key words** Cholecyst perforation Complication Element

胆道穿孔病人一旦确诊，势必急诊手术，但可有较多的术后并发症。本人对我院1976—1995年收治的26例胆道穿孔病人进行了分析，发现了一些影响手术后并发症的因素。在遇到罕见的术后十二指肠梗阻时，就应当引起我们从多方面来考虑这种非一般的客观现象。现报告如下。

一、临床资料

本组26例胆道穿孔病人的诊断均经手术证实。其中男12例，女14例，年龄13—78岁，平均45.5岁。手术方式：胆囊切除和胆总管探查及引流19例，胆总管探查及引流3例，仅做胆囊造瘘4例。26例手术中均清洁腹腔，放置烟卷引流条于腹腔内引流。

1. 结果：26例胆道穿孔病人术后发生并发症12例共18例次，发生率46.2%，其中近期并发症(术后二周内)：肺不张及肺炎1例，急性肾功能衰竭(ARF)2例，出血性胃炎3例，切口脂肪液化1例，膈下感染1例，均经非手术治愈。1例术后第四天出现胆瘘，腹腔内放置橡皮管负压持续引流住院108天痊愈出院，另1例术后并发DIC死亡，胆管残石症(术后半年内)5例。后期并发症(术后1月至1年内)：胆囊切除手术后综合征(PCS)2例，粘连性十二指肠梗阻1例。

2. 罕见病例：王××，女，32岁，十个月前因胆囊穿孔在我院成功施行胆囊切除和胆总管探查术，病人上腹部不适、恶心、呕吐三天被再次接纳入院。当她进少量食物就觉得饱胀不适，但呕吐后此病就消除，在观察七天中此症状一直在发生，大量含胆汁的液体从鼻胃管涌出。

腹部两次X线透视未见小肠梗阻迹象，但在胃肠X线钡剂检查发现含钡的混合物在十二指肠的第三和第四部分中缓慢通过，只有很少一部分钡剂通过第三部分，在X线钡剂复查中发现十二指肠第二部分明显扩大。在胃镜检查中发现十二指肠球部有慢性炎症，其他的检查均正常。

3. 手术中发现：经原切口进入腹腔，仔细检查，在胆道下区域发现广泛致密的粘连，胃及幽

* 作者单位：423300 湖南永兴县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com



门较大的弯曲被拉入肝门内，十二指肠对屈氏(Treitz)韧带固定点牵拉，使其点上的十二指肠肠腔变窄。在粘连的所有部分都切除了之后，十二指肠侧面部分就从它在腹膜后方的附着中松脱出来，触诊没有发现梗阻的腔内原因，手术后反应良好。

二、讨论

胆道穿孔是胆道疾病严重并发症之一。它不仅是胆道梗阻感染，坏疽穿孔引起胆汁性腹膜炎，及严重感染中毒症状，而且肝、肾等重要器官功能受损，如进行急诊手术，术后并发症多，本组发生率46.2%，分析如下。

1、影响手术后并发症的主要因素。

(1)内科并存病：急腹症病人病情复杂，常有内科并存病[1]。由于胆道病变的症状严重，以致掩盖了胆系外疾病的症状；也可由于临床医生仅满足于胆道疾病的诊断，忽视了这些伴随的疾病。本组中术前心电图检查发现2例并存冠心病者，及时做了相应的处理，术后无并发症。1例并存十二指肠溃疡病者，术前未发现，术后42天并发PCS，给予抗酸剂和$H_2$阻滞剂治愈。因此，在诊断方面除做全面的外科检查之外，同时应做全面的内科检查，进行认真分析判断，以免漏诊、误诊。在治疗上按照外科急症原则处理的同时必须严格遵循内科各种重要疾病的处理原则，立即进行现代治疗措施，并加强重症监护，以减少术中诱发内科方面的并发病。

(2)内毒素血症(ETM)和高浓度胆汁酸血症的毒性作用：胆道穿孔病人在穿孔前胆道梗阻期间，感染的胆汁返流入血；胆盐的肠肝循环中断，缺乏胆盐及SIgA的肠腔细菌失控，内毒素产生增加而灭活减弱，大量肠源性内毒素入血；穿孔后胆汁性腹膜炎，大量胆汁和内毒素经门脉入血，形成ETM和高浓度胆汁酸血。术后常规外引流，胆盐的肠肝循环依旧中断，ETM继续发生。循环血中持续存在高浓度胆汁酸和内毒素，其毒性作用造成肝、肾等多器官功能的损害，全身免疫机能降低，术后易发生休克、急性肾功能衰竭(ARF)、DIC等并发症[2,3]。本组1例术后并发DIC死亡，3例术后凝血机制异常并发出血性胃炎治愈。我们应尽可能使用具有抗毒作用的多粘菌素B或乳果糖、糖皮质激素、血管活性药物等以减轻毒性的危害，并提示我们在术中安置装胆汁回流器，尽早恢复胆盐的肠肝循环[4]。

(3)低血容量休克：胆道梗阻感染和胆汁性腹膜炎的病理变化必然导致低血容量，常发生低血容量休克而诱发ARF等严重并发症，危及病人生命。本组因持续低血容量休克导致ARF 2例治愈。对ARF应在预防和早期诊断，及时治疗上加以努力。对于低血压，尿量每小时少于25ml的病人应及时补充血容量，纠正电解质及酸碱失衡，同时积极进行抗生素治疗，经扩容仍少尿者，应使用利尿剂。多巴胺可增加肾皮质血流，有助于防治肾衰。

(4)手术质量：本组中5例残留结石，残留结石又是PCS的各种病因中最常见的病因，本组中1例PCS因残留结石所致。残石多为术中对胆总管探查不仔细所致[6]。有资料表明，只有病情许可，急诊手术时仍可采用胆道造影术或胆道镜探查以弥补常规检查之不足，尽量发现和取出存在的结石[6]。胆瘘常由于术中未发现的胆管损伤，胆囊床中的副胆管或迷走胆管未结扎处理，胆囊管结扎线滑脱，术后T管滑脱等原因引起[7]。本组1例胆瘘原因不明，持续负压引流后痊愈。5例因严重的炎症反应，解剖关系辨认困难，组织脆弱，先作一期胆囊造瘘，待炎症消退后，再二期胆囊切除及内引流术，效果良好。术者在术中仔细探查，辨清解剖关系，警惕解剖异常，游离清楚管道，避免强力牵拉，审慎处理意外，准确的操作以保优良的手术质量，是减少术后并发症重要措施之一。

2.罕见病例探讨

总的看来该病例高位肠梗阻的根据不足，因为只观察到呕吐厉害和大量含胆汁的液体从鼻胃管中上涌。病人感到上腹部不适而不是痛，甚至有时此种感觉也没有。腹部紧张不适的程度可以说直接与梗阻的程度联系在一起。梗阻

维普资讯 http://www.cqvip.com



的位置越上，腹部X线观察，扩大了的小肠袢梯形样出现的可能性就越少，鉴别诊断如下。

(1)高位肠系膜动脉综合征：肠系膜动脉异常走向，与主动脉之间角度变锐，在它跨过十二指肠第三部时，对肠和椎体产生压力，可能产生梗阻，因此引起虚脱。发作时长时期卧床不起。

(2)十二指肠侧疝：这种胚胎发育后肠不能进入胚外体腔而引起的先天性十二指肠侧疝，可出现间断性高位肠梗阻，但病史很久，可追朔到出生时就开始了的梗阻。

(3)环状胰脏症：这种与此病有联系罕见的先天性畸形，包括一个围绕在十二指肠第二段周围不完整的或一整圈的胰腺组织，任何年龄的人都可能有这种病状。这种诊断是通过X线钡剂检查发现有梗阻和十二指肠壁上的凹槽而确诊。但如有整个十二指肠第二段扩大现象，此诊断可不加考虑。

(4)肿瘤：十二指肠肠腔内外肿瘤长大可侵占肠腔引起梗阻。晚期胰、胃癌扩散时可对此通道产生压力。胰腺囊肿很少产生外压症状，再者各种腹膜后方的肿瘤或肿大的淋巴结，只是在少数情况下引起梗阻。肿瘤的可能性极少。

(5)粘连：缩窄性粘连很少导致十二指肠梗阻，虽然每一处这样的粘连可能分别地被发现到，但十二指肠最末部分受影响最小，除非在胆道穿孔或胆囊切除术之后，才有可能在腹膜后方位置上的缩窄性粘连可卡住十二指肠，对屈氏韧带这个固定点牵拉足以引起肠腔变窄。梗阻的位置和胆囊切除术有利于我们趋向于这诊断。

上述讨论阐明这样一个事实，在临床上对急性肠梗阻的诊断比找出它产生的原因通常要容易得多，只有通过一段时间的仔细观察，全面的检查，认真的分析才可能找到原因，而X线钡剂检查会帮助我们更进一步确诊。虽然这种梗阻的真正原因要到剖腹探查时才能发现，但通过这些对于解剖偏差的矫正进行探讨，手术前可充分地进行准备。

## 参考文献


1. 刘文胄，李连太，罗钢华，等. 外科急腹症并存内科疾病的临床观察. 中国实用外科杂志，1996，16：417.
2. 李永国，李清龙. 梗阻性黄疸对血液及免疫系统的影响. 中国实用外科杂志，1996，16：17.
3. 牟一平，彭淑隐. 重视梗阻性黄疸时胆汁酸的毒性作用. 中国实用外科杂志，1996，16：16.
4. 朱祖俊，王家禾，夏毓琨，等. 胆汁回流器临床应用20例报告. 中国实用外科杂志，1996，16：416.
5. 卢军华，周贷，龚彪. ERCP对胆囊切除术后综合征的检查和治疗. 中国实用外科杂志，1996，16：670.
6. 曹国海，倪泉兴，蔡璐，等. 急症手术中应用胆道镜检查和胆道造影行胆总管探查的价值分析. 中国实用外科杂志，1996，16：483.
7. 施维锦主编. 胆道外科学. 第1版. 上海：上海科学技术出版社，1993，274.


(收稿：1998－02－04)

(上接第138页)

损伤小，出血少，恢复快，完全避免体外循环所致的副损伤及并发症，并且可节省约1/3的医疗费用，有显著的社会效益，有一定推广价值。

## 参考文献


1. Dogliotti AM. Closed heart surgery in atrial septal defect (126 cases). J Cardiovasc Surg, 1960, 1：45.
2. 汪曾炜，费诚鉴，张仁福，等. 闭式房间隔缺损埋入心内褥式缝合的外科治疗. 解放军医学杂志，1984，9：161.


(收稿：1998－04－27)