维普资讯 http://www.cqvip.com

169-170

胆囊切除术中的医源性胆道损伤

R657.406

第二临床学院普外科 张明满* 余永康 杜寿敏

提 要 本文报道1985年1月至1996年发生的8例医源性胆道损伤的有关资料，着重对经腹胆囊切除术造成的肝外胆道损伤的发生原因进行分析：①术者对胆囊切术的潜在危险性认识不足；②术中操作不细致；③术者对异常胆道缺乏认识，判断失误。并对预防术中医源性胆道损伤提出几点建议，同时对医源性胆道损伤的处理予以讨论，认为术中发现胆道损伤应当立即修复(首选对端吻合)，如出现胆漏者宜先作腹腔引流，胆道引流，二期再作胆管－空肠Roux－y吻合术。

关键词 胆囊切除术/胆管损伤 医源性
中图分类号 R657.4

医源性胆管损伤是胆道手术中的不常见的但后果严重的并发症，多发生在单纯胆囊切除术中。本文结合我们1985年1月至1996年7月收集的8例经腹单纯胆囊切除术中发生的胆道损伤，着重对造成损伤的原因及预防进行讨论现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 本组8例，女性6例，男性2例，年龄35～64岁，平均年龄46.8岁，择期手术6例，急诊手术2例。

1.2 损伤部位 胆总管切除一段2例，肝总管横断2例，切除一段3例，右肝管横断1例。

1.3 损伤后确诊时间 术中发现4例，术后3天内发现1例，术后5天、11天、21天各1例。

1.4 损伤后的临床表现 除术中发现4例外，无痛性黄疸伴肝功能全面损害1例，黄疸伴胆汁性腹膜炎3例。

1.5 治疗情况 损伤胆管一期端端吻合5例；腹腔引加胆道引流(T管或导尿管)3例，此3例术后4周行胆道一空肠吻合二期胆道重建本组8例均获治愈，无死亡。

2 讨论

2.1 医源性胆道损伤的发生率

医源性胆道损伤可以发生于上腹部各种手术，其中胆囊切除术发生率较高，据报道胆道损伤的病人92%由胆囊切除术引起，本组皆因经腹胆囊切除所致。文献报道医源性胆道损伤在胆囊切除术中的发生率为0.2%～0.22%[1-2]，1985年1月至1996年7月我们收集到8例损伤，而同期同地区共行胆囊切除术4684例，胆道损伤率为0.17%，与文献报告相近。

2.2 医源性胆道损伤的原因分析

胆囊结石尤其是鹅颈结石嵌顿，因多次炎症造成Calot三角区水肿、粘连，甚至胆囊颈阎伏在肝总管上，给手术造成不小的困难；另外，Calot三角区解剖结构变异多(有报道变异率高达50%)；再者，胆囊切除术的日益普及，胆道损伤的发生率相对较低，不经常遇见，很容易使手术医生产生麻痹思想。本组8例胆道损伤均是因胆囊结石行胆囊切除术所致，其中6例是胆囊鹅颈结石嵌顿致Calot三角区水肿粘连，切除胆囊鹅颈时将右肝管切断1例，肝总管横断2例，切除一段3例。2例肝总管变细在肝十二指肠韧带右侧下行并呈约60°角度进入肝十二指肠韧带，手术医生将其误认为胆囊管予以切除一段并结扎。本组6例择期手术，急性炎症发作距手术时间只有十多天，手术中炎症仍较明显。8例致损伤的手术医师均是具有一定手术经验的医生，无一位医生致二次胆道损伤。手术后回忆无一例是肯定看清楚胆道三管即胆总管、肝总管、胆囊管三者关系后再结扎的。因此医源性胆道损伤主要是由于[1]：①术者对胆囊切除术的危险性认识不足；②操作不细致，未认真解剖“三管”关系；③术者对异常胆道缺乏认识，判断失误。

2.3 医源性胆道损伤的防治探讨

本组病例损伤胆道主要是切除一段，其次是横断，损伤的主要部位是肝总管，这与其他作者的报告有异，造成损伤的主要病理原因是Calot三角区的粘连与水肿，其次是解剖结构变异。而手术医生没有仔细确认胆总管、肝总管和胆囊管三者的关系。为了避免损伤，手术医生应注意以下几点：①严格掌握手术指征：急性胆囊炎伴胆囊结石行胆囊

* 男，1959－10出生，讲师

维普资讯 http://www.cqvip.com

切除术应在48小时内进行，否则延至6周后再行胆囊切除术[5]；②重视胆囊鹅颈结石嵌顿的处理，胆囊鹅颈结石嵌顿常常伴有不同程度的粘连，常规方法切除胆囊很容易发生损伤，可逆行切除胆囊体与底部，在接近鹅颈时，切开鹅颈取出嵌顿结石，仔细剥离其粘膜，如果剥离有困难者可将其搔刮去除；③仔细解剖"三管"关系，结扎胆囊管时一定要看清楚胆总管、肝总管，确认"三管"关系后方能结扎，如果解剖"三管"有困难，可行术中胆道造影或先行胆总管探查[4]，弄清解剖关系后再行胆囊切除；④术中遇到异常情况或异常解剖最好请有经验的肝胆科上级医生上手术台协助处理，切忌盲目自行。

2.4 医源性胆道损伤的处理

本组8例损伤术后效果良好，得益于及时正确的处理，并请有相当经验的肝胆外科医生进行胆道修复。我们认为胆道损伤处理越早越好，最好是手术当时能发现，及时行胆道整复手术，手术结束前用干净白纱布检查有无胆汁是早期发现胆道损伤的好方法。本组有4例在术当时即发现，行胆道端吻合，术后3～6月拔除支撑管，均获治愈，无并发症，术后早期出现黄疸应当高度怀疑有胆道损伤的可能，发果没有确凿证据除外胆道损伤，最好的处理是再次手术，本组1例术后第1天出现黄疸，第三天手术探查发现胆道损伤但无胆汁漏出，水肿也不明显，行胆道端端吻合，术后半年后拔除支撑管，效果良好。胆道损伤术后发现越晚，病人情况越差，腹腔炎症越重，处理也越困难。本组有3例分别手术后5天、11天、21天发现，再次手术时发现胆汁性腹膜炎，只能先行胆道引流和腹腔引流，术后一月以后用胆管－空肠Roux－y吻合法作二期胆道重建。因此，我们认为若手术中发现胆道损伤，应当立即行胆道整形修复手术[6]，胆道经一定程度游离后若吻合口无张力，应首选对端吻合术，如果有张力宜选择胆道——空肠Roux－y吻合，术后发现损伤如果发现早，无胆汁漏出可一期胆道端端吻合，如果有胆汁性腹膜炎，应当首选行胆道引流和腹腔引流，待炎症消退后行二期胆道重建，此时手术应首选胆道——空肠Roux－y吻合。

参考文献

1.Route M, Jeschke PW, Manegold BC et al. World J Surg, 1993;17:553
2.Roslyh JJ, Binns GS, Heghes EX, et al. Aun Suurg 1993;218;129
3.付电池，李开宗，高志清.中华外科杂志 1996;34:33
4.Kern KA Surgery Am J Surg 1994;217
5.Robert Berkow,M.P主编，黄伯兴.等译.默克诊疗手册.第1版.北京人民卫生出版社 1992;877
6.冉瑞图.中华实用外科杂志 1995;15:531

(收稿日期 1997－10－15)

Iatragenic injuries of bile duct during cholecystectomy

Zhang Mingman,et al

Department of General Surgeon, the Second College of Clinical Medicine

8 patients with iatragenic injuries of bile duct during cholecystectomy were treated from January 1985 to July 1996 in our hospital. Iatragenic extrahepatic bile duct injuries may be caused by some errors during cholecystectomy. The operator did not realize that cholecystectomy itself is a procedure with potential risks. The operator was careless and did not anatomize "Three Duct" carefully(common bile duct, common hepatic duct and cystic duct). The operator failed to recognize abnormal bile duct. We made several suggestions to prevent the injuries during cholecystectomy. In addition, we discussed the management of bile duct in juries and came to the conclusion that intraoperative injuries of extrahepatic bile duct should be reconstructed immediately including end to end anastomoses of the injuries of bile duct. While a postoperative bile leakage, a second－stage reconstruction of the bile duct following drainage of peritoneal cavity and/or T tube of bile duct drainage is cholecystojujunostomy(roux－en－y).

KEY WORDS Cholecystectomy; Bile ducts; Injuries