

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0608-02

· 临床医学 ·

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 30 例防治分析

许长松

[摘要] **目的:** 总结腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)胆管损伤处理经验。**方法:** 回顾性分析 30 例 LC 胆管损伤患者的临床资料,并根据胆管损伤的部位、程度及发现的时间采取不同的手术方式。**结果:** 9 例于术中及时发现并处理治愈,术后发现 21 例胆管损伤,病死 2 例,1 例死于胆漏、腹腔感染,另 1 例死于反复胆管炎、肝功能不全;其余均治愈。**结论:** LC 手术过程应严格遵守操作规程,避免盲目或轻率的钳夹、电切、电凝是预防胆管损伤的关键,发现胆管损伤需行一期或二期手术治疗,降低病死率。

[关键词] 胆囊切除术;腹腔镜术;胆管损伤**[中国图书资料分类法分类号]** R 657.4**[文献标识码]** A

Bile duct injuries in laparoscopic cholecystectomy; analysis of 30 cases

XU Chang-song

(Department of General Surgery, Tianchang People's Hospital, Tianchang Anhui 239000, China)

[Abstract] **Objective:** To summarize the experience in prevention and treatment of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy (LC). **Methods:** Retrospective analysis on the clinical data of 30 cases of LC was carried out. The different operation modes were selected according to the injury area and degree of bile duct and the discovered time. **Results:** Nine cases who treated urgently were recovered well during the operation period. In the 21 cases who were found with bile duct injury after the operation, two cases were died, and in which one was died with leakage of bile and celiac infection, and another was died with reiterative cholangitis and hepatic insufficiency. Other cases were recovered well. **Conclusions:** During LC, the operative rule should always be strictly complied and the key to preventing bile duct injury is to avoid clipping, cutting and coagulation blindly.

[Key words] cholecystectomy; peritoneoscopy; bile duct injuries

随着腹腔镜外科技术的进步与发展,腹腔镜胆囊切除术(laparoscopy cholecystectomy, LC)在基层医院亦呈普及性应用,其较开腹胆囊切除术具有很大的优势,目前被大多数学者认为是治疗胆囊良性病变的金标准。但像开腹胆囊切除术一样,亦时有手术并发症,发生严重的并发症亦非少见^[1-3]2003~2008年,我院共行 LC 760 例,发生胆管损伤 30 例,本文就其损伤的处理作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 12 例,女 18 例;年龄 31~65 岁。胆囊息肉 3 例,胆囊结石 27 例(其中伴有急性胆囊炎及慢性胆囊炎急性发作 11 例,亚急性胆囊炎 7 例,萎缩性胆囊炎 6 例)。

1.2 损伤时间和类型 根据术中发现和术后造影或再次手术时所见,胆总管和肝总管横断致胆管缺损 2~3 cm 6 例,肝总管部分 13 例,钛夹钳夹闭肝总管侧壁 3 例,LC 术后 1~3 个月迟发性胆管狭窄、梗阻性黄疸 8 例。

1.3 处理方法 术中发现胆管损伤 9 例,其中部分损伤 3 例,及时中转开腹修复胆道,“T”管引流,恢复良好。胆总管完全横断 3 例,行对端吻合,1 例术后 1 周出现胆漏,术后 2 个月行肝门胆管空肠 Roux-en-Y 吻合;胆管部分缺损 2 例行肝门胆管空肠 Roux-en-Y 吻合,恢复良好。术后出现胆漏 9 例,经内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)和(或)再手术证实为胆管损伤,行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合;5 例术后因反复胆管炎、黄疸,经 ERCP 检查证实吻合口狭窄,再次手术行肝门胆管成型与空肠 Roux-en-Y 吻合。1 例在术后 2 周至 1 个月出现梗阻性黄疸,ERCP 及手术证实为钛夹钳夹闭肝总管,行肝门胆管空肠 Roux-en-Y 吻合。术后 1~3 个月迟发性胆管狭窄、梗阻性黄疸 8 例,经 ERCP 检查为肝总管明显狭窄,上段胆管扩张,行肝门胆管空肠 Roux-en-Y 吻合。

2 结果

9 例术中及时处理均治愈。21 例术后胆管损伤者中,病死 2 例(1 例死于胆漏、腹腔感染,另 1 例死于反复胆管炎、肝功能不全),其余患者均治愈。

[收稿日期] 2009-06-09

[作者单位] 安徽省天长市人民医院 外科, 239000

[作者简介] 许长松(1964-),男,副主任医师。

3 讨论

3.1 LC致胆管损伤的处理 根据胆管损伤的部位、程度及发现的时间采取不同的手术方式:术中发发现胆管壁穿孔伤1~2 mm者,可在腹腔镜下行穿孔处缝合,然后置管引流,不必上T管支撑;也可不缝合而单纯行引流管引流。本组曾有1例直接引流1个月后痊愈,胆管壁穿孔伤较大者,于穿孔处将胆管切开,然后置合适T管,术后4~6周拔除;胆管壁撕裂伤,尽可能保留条状或片状组织的胆管壁,于胆管平面以上或以下切开胆管,放置合适T管支撑,利用残存活组织修复,也可利用胆囊管残端修复,术后T管支撑6~12个月^[4];胆管横断伤者要行胆管修补、对端吻合,放长臂T管支撑引流;如损伤过大者,行肝管空肠 Roux-en-Y 吻合;术后发发现胆管损伤者,如腹腔污染轻,可根据情况行一期修复;如腹腔污染较重者,可先行腹腔引流、近端胆管引流,待腹腔感染控制后再行二期处理。

3.2 LC致胆管损伤的预防 (1)LC开展早期,应严格选择手术适应证:对急性化脓、坏疽性胆囊炎、胆囊颈结石嵌顿的萎缩性胆囊炎、与胃肠道形成内瘘的胆囊炎等估计Calot三角粘连严重、解剖关系不清者要主动中转开腹手术^[5]。(2)手术操作应在以胆囊颈管为中心的相对安全区进行,而不要在三管汇合部的危险区进行。(3)重视粘连严重的Calot三角的处理。应尽量避免使用电钩,可用钝性分离

钳紧贴胆囊壶腹向下解剖,由表层至深层逐步分离,当解剖出胆囊颈或部分胆囊管时就可上钛夹切断。也可从胆囊后三角小心向前解剖出胆囊管。对部分粘连严重无间隙者,采用逆行剥离胆囊的方法,由胆囊底开始紧贴胆囊壁逆行分离,当分离至胆囊哈氏袋与胆囊颈交界处时即可离断胆囊,将结石取出后近端用钛夹钳闭,并于小网膜孔放置引流管^[6]。(4)准确辨认肝外胆管和血管的正常解剖和变异,当辨认有困难时可向胆囊侧分离胆囊管。(5)始终保持手术野的清晰,避免盲目电凝而损伤胆管。(6)正确处理特殊病变的胆囊管。(7)对Calot三角粘连严重、腹腔镜操作难度大者,适时主动中转开腹,可大大降低胆管损伤的并发症,保证手术安全。

[参考文献]

- [1] Bagia JS, North L, Hunt DR. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery[J]. ANZ J Surg, 2001, 71 (7): 394-397.
- [2] 付由池, 高志清, 刘正才, 等. 电热效应性胆管损伤的特点与处理[J]. 陕西医学杂志, 2006, 35 (2): 165.
- [3] 郑树森, 沈岩, 黄东胜, 等. 腹腔镜胆囊切除术开展初期减少并发症发生的一些体会[J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8 (4): 241-243.
- [4] 张新, 王忠凯. 经腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的防治分析[J]. 中国医药导报, 2008, 5 (6): 53.
- [5] 王琦, 张训臣. 腹腔镜胆囊切除术并发高位胆管损伤的防治要点[J]. 肝胆外科杂志, 2004, 12 (4): 290-292.
- [6] 康林, 闫长红. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤4例分析[J]. 中国医药指南, 2007, 5 (10): 169-170.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0609-03

· 临床医学 ·

硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响

赵甫, 赵天龙, 王小东, 张燕翔

[摘要] 目的:探讨硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响。方法:60岁以上的高血压患者76例,随机分为A组40例,口服国产硝苯地平缓释片20 mg/d和依那普利5 mg/d, B组36例,口服美托洛尔50 mg/d,联合氢氯噻嗪25 mg/d,治疗6个月,比较治疗前后两组脉压的变化及不良反应。结果:两组治疗6个月后收缩压和脉压均明显减少($P < 0.01$), A组脉压降低幅度更明显,两组差异有统计学意义($P < 0.01$),且严重不良反应少。结论:硝苯地平缓释片联合依那普利较氢氯噻嗪和美托洛尔更能明显降低老年高血压患者的脉压,不良反应轻,预示可降低靶器官的损害和减少心血管事件。

[关键词] 高血压;硝苯地平;依那普利;脉压

[中国图书资料分类法分类号] R 544.1

[文献标识码] A

临床上,常见老年高血压患者对降压药物治疗不敏感,而且脉压较大,并发症多,给降压药物的选择带来一定困难。我们选用硝苯地平缓释片与依那

普利联合使用,不仅能有效降低收缩压,而且能缩小脉压,不良反应少。本文就硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 76例受试者系2007年9月至2008年3月我院门诊患者。男42例,女30例,符合

[收稿日期] 2008-11-28

[作者单位] 安徽省灵璧县人民医院 心内科, 234200

[作者简介] 赵甫(1968-),男,主治医师。