

胆囊切除术致医源性胆道损伤 6 例临床分析

汤正邦 张智勇 张艳
(江西省余干县人民医院 余干 335100)

摘要:目的:探讨胆囊切除术造成医源性胆道损伤的原因、预防和治疗。方法:对我科 1999 年 1 月~2009 年 10 月 6 例胆囊切除术致医源性胆道损伤患者临床资料进行回顾性分析。结果:本组 6 例,因病理性因素致胆道损伤 2 例,解剖学变异 2 例,片面强调小切口以及手术条件、麻醉效果和术者原因 2 例。结论:应充分认识胆囊三角的解剖学变异和炎性粘连给手术带来的危害,严格掌握 CC、MC、LC 的手术指征;重点强调术者高度的责任感,合理把握手术时机;成形后的肝(胆)管-空肠 Roux-en-Y 型吻合术是胆道重建的最佳选择。

关键词:胆囊切除术;医源性胆道损伤;外科治疗;预防

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.040

继传统开腹胆囊切除术(CC)后,由于小切口胆囊切除术(MC)、腹腔镜胆囊切除术(LC)具有创伤小、恢复快、无碍美观等特点^[1],普遍符合患者的心理要求,故 MC、LC 在基层医院得到了开展和普及。我院 90 年代后期先后引进开展了 MC 和 LC,但是医源性胆道损伤的发生率有增加趋势。1999 年 1 月~2009 年 10 月我科共收治胆囊切除致医源性胆道损伤 6 例,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 6 例均为急慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊息肉病例,男 2 例,女 4 例,均行胆囊切除术。其中 CC 1 例,MC 2 例,LC 3 例;1 例为胆囊颈部结石嵌顿、颈部坏疽急诊行 CC 术,余择期行 MC 或 LC 术;胆道损伤类型:肝(胆)总管横断 2 例,右侧(副)肝管横断 2 例,肝(胆)总管部分夹闭 1 例,肝(胆)总管侧壁灼伤 1 例;胆道损伤后主要临床表现:梗阻性黄疸 2 例,胆漏 3 例;术中发现 2 例,术后证实 4 例。

1.2 治疗 (1)急诊手术术后第 2 天出现胆漏、胆汁性腹膜炎,即行开腹探查术,术中证实胆囊管结扎线滑脱,行 T 管引流术。(2)行 MC 时胆囊三角炎性粘连、解剖欠清、麻醉效果欠佳,过分牵拉胆囊致胆总管成角,而误认为胆囊管被切断,术中发现立即行 CC 术,行胆总管端侧吻合,内置 12# 小儿 T 管。(3)行 MC 时胆囊管开口于右肝管,右肝管被误切断,术中发现立即行 CC 术,行右肝管、胆总管端侧整形吻合+T 管引流术,术后 1 年出现黄疸,PTC 证实胆道狭窄,行肝门胆管-空肠 Roux-en-Y 型吻合术。体错位、韧带钙化、椎间盘脱出等病理性改变,使脊神经受刺激或直接受压。针刺直接作用于颈椎病变部位,起到行气活血、通络止痛作用^[2]。穴位注射疗法是选用西药制剂注入穴位以治疗疾病的一种方法,既有传统中医学的治疗特点与作用途径,又有现代医学的药理作用特点及治疗途径。笔者认为,

合术。(4)择期 LC 时,术后第 2 天出现腹痛,B 超提示肝下积液,穿刺证实胆漏,急诊开腹探查,证实为右侧副肝管开口位置过低,LC 术中误认为胆囊动脉而电凝切断;行重新结扎、腹腔引流术。(5)择期 LC 时,术后半个月出现黄疸,PTC 证实为胆道狭窄,行探查术,术中证实钛夹夹闭部分胆总管,行肝(胆)管-空肠 Roux-en-Y 型吻合术。(6)择期 LC 时,术后第 4 天出现胆漏,急诊开腹探查,证实肝总管(非胆囊管开口处)穿孔,回忆 LC 术中时由于胆囊床出血,电凝胆囊床止血时不慎灼伤肝总管,行 T 管引流术,术后 1 年出现黄疸,PTC 证实胆道狭窄,行胆管-空肠 Roux-en-Y 型吻合术。

1.3 随访 术后行 Roux-en-Y 型吻合术 3 例随访 1~3 年,偶有胆管炎发作 2 例,1 例无症状。

2 讨论

医源性胆道损伤的处理一直是腹部外科难题之一,且修复以后再狭窄率很高;随着基层医院胆道手术的开展、MC 和 LC 的应用,胆道损伤的发生有增加趋势。因而探讨胆管损伤的原因、损伤后的处理具有重要的意义。

2.1 胆管损伤的原因 导致胆管损伤的具体原因,Johnson 概括为三点,即危险的病理、危险的解剖和危险的手术。

2.1.1 病理因素 胆囊炎的病理变化导致组织充血、水肿、粘连致解剖关系难于辨认,均增加了手术难度和胆道损伤的可能性,本组急诊手术及 1 例 MC 即是。

2.1.2 解剖学变异 胆道解剖变异多见,且术前一患者在治疗期间一定要重视颈部休息,避免长时间低头劳作及颈部活动,其后要作颈部功能锻炼,治疗期间尽可能卧床休息。

参考文献

[1]罗永芬.腧穴学[M].上海:上海科学技术出版社,1996.235
[2]张吉.针灸镇痛机制与临床[M].北京:人民卫生出版社,2002.232

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 43 例

吴克洲

(江西省玉山县临湖镇中心卫生院 玉山 334706)

关键词:腰椎间盘突出症;中西医结合疗法;甘露醇;中药煎剂;骨盆牵引;椎管疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.041

腰椎间盘突出症是骨伤科的常见病、多发病,始发于椎间盘的急性损伤或慢性劳损,使纤维环破裂,髓核向外突出,而且突出物往往向后突入椎管内刺激和压迫神经根及其周围组织,并使之产生反应性改变,从而出现相应的临床症状,多表现为腰痛伴一侧或双侧根性坐骨神经痛。本病常发生于 20~60 岁之间,尤其是男性和重体力劳动者为多见。自 2000 年 6 月~2010 年 8 月,我院采用中西医结合的方法共收治腰椎间盘突出症患者 43 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 43 例中男 33 例,女 10 例,年龄 35~67 岁,病程半个月~3 年。均以腰腿疼痛就诊,伴有下肢麻木者 18 例,腰椎旁深压痛者 23 例,直腿抬高试验阳性者 30 例,加强试验阳性者 35 例,伴有下肢肌肉萎缩者 6 例,主动背伸拇趾肌力差者 9 例。CT 扫描示 L₄₋₅ 椎间盘突出 16 例,L₅~S₁ 椎间盘突出 27 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 脱水疗法 急性期用 20%甘露醇 250 mL、5% GS 250 mL+ 复方丹参注射液 20 mL 静脉滴注,每天 1 次,7~10 d 为 1 个疗程,至症状明显缓解为

止。一般均无法得悉,全依靠术中仔细解剖。常见的胆囊管开口位置变异、低位开口的右侧副肝管、肝血管走行变异均可导致胆道损伤。本组 6 例中,1 例胆囊管直接开口于右肝管,1 例右侧副肝管开口位置过低。

2.1.3 手术条件、麻醉效果和术者的责任心 作为手术医生,术前应根据患者的具体情况,同时结合本院的手术设备和术者的技能,还有术前检查情况等,严格掌握 LC 和 MC 的手术适应证,制订出合理的手术预案,并在术中进一步决定手术的实施方

案,这样才能减少或避免医源性胆道损伤的发生。所以外科医生不仅要具有高超的医疗技术,而且还应具备崇高的医德和高度的责任感。本组 2 例与此有关。近年来 LC 造成胆管损伤的病例增加,且大多有灼伤 - 坏死 - 穿孔 - 胆漏 - 腹膜炎缓慢而隐蔽的过程顺序,使得诊断和处理较为困难;本组 1 例术

止。

1.2.2 骨盆牵引 取仰卧位,每侧各用 10~12 kg 重量作牵引,先轻后重逐渐增加,以病人能耐受为度,每天牵引 1 次,每次约 50 min,10 d 为 1 个疗程。绝对卧床休息 1 周。

1.2.3 椎管疗法 0.9%氯化钠 150 mL,加醋酸曲安奈德 50 mg、维生素 B₁ 100 mg、维生素 B₁₂ 0.5 mg、利多卡因 10 mL,混匀。病人取屈膝屈髋侧卧位,常规消毒,铺无菌巾,局麻,用 7 号注射针头穿刺。当进针阻力消失并出现落空感后、回抽无血、推注药液无阻力感,即确认穿刺成功。连接输液器,先慢后快滴入药液,推药完毕后平卧休息 20~30 min。每周注射 1 次,4 次为 1 个疗程。

1.2.4 中药治疗 内服中药(自拟方):当归 12 g、丹参 15 g、桃仁 10 g、玄胡 15 g、续断 10 g、独活 10 g、川牛膝 15 g、蜈蚣 2 条、乳香 10 g、没药 10 g、杜仲 10 g、玉米须 20 g、甘草 3 g。日 1 剂,水煎服,连服 4 周。

1.3 疗效标准 优:腰腿痛消失,直腿抬高 70° 以上,能恢复原工作;良:腰腿痛基本消失,直腿抬高 70° 以上,能基本恢复原工作;可:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效:症状体征无改善。

后发现胆漏,虽经开腹引流,但最终发生严重的胆道狭窄,值得重视。

2.2 预防 首先应重视每一例胆囊切除术,充分认识到其潜在的危险性,熟悉胆道系统的解剖和变异,严格掌握 MC 和 LC 的手术指征,必要时应及时扩大手术切口或果断中转开腹;术中应仔细解剖胆囊三角,确认胆囊管、胆囊动脉、肝总管、胆总管的相互关系,时刻警惕胆道损伤的可能性;对粘连严重、切除困难者,可行胆囊造瘘或胆囊大部切除,残留胆囊壁用高频电刀烧灼破坏其黏膜的分泌功能^[2];手术结束时放置引流,可减轻胆汁对胆管壁的瘢痕化作用,并有助于早期发现。

参考文献

[1]黄志强.胆道外科的现状与未来[J].中国实用外科杂志,1999,19(1): 18
[2]时吉庆,晏银模,罗伟,等.腹腔镜胆囊切除术中转开腹 17 例分析[J].肝胆外科杂志,1998,6(2):97