

基层医院 2 031 例LC 并发症分析

曹正东

(四川省洪雅县中医医院外一科 洪雅 620360)

摘要:目的:分析和讨论腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy,LC)并发症的发生原因、预防和处理措施。方法:回顾分析 2003~2012 年我院 2 031 例患者施行 LC 的临床资料。结果:并发症总例数 22 例,占 1.08%,术中胆总管损伤 4 例(0.20%),胆漏 9 例(0.44%),术后腹腔出血 5 例(0.25%),术后胆总管残石 2 例,术中胃穿孔 1 例,术后剑突下戳孔疝 1 例,均通过保守或再次手术痊愈。2003~2007 年完成 LC 手术 951 例,并发症总数 14 例,占比 1.47%;2008~2012 年完成 LC 手术 1 080 例,并发症总数 8 例,占比 0.74%。结论:LC 是治疗胆囊结石、胆囊息肉的理想安全术式,胆漏、胆管损伤及腹腔出血是 LC 的主要并发症,并发症的发生主要与操作者的手术操作熟练程度、经验、技巧有关,加强操作培训,加强胆囊三角解剖辨认,以及及时发现、早期处理是防治 LC 并发症重要措施。

关键词:胆囊切除术;腹腔镜;术后并发症

The Complications Analysis of 2 031 Patients with Laparoscopic Cholecystectomy in Primary Hospital

CAO Zheng-dong

(First Surgical Department, Chinese Traditional Medicine Hospital of Hongya County, Sichuan620360)

Abstract: Objective: To analyze and discuss the causes and prevention of the complications of laparoscopic cholecystectomy (LC), and the corresponding measures of treating the complications. Methods: Retrospective analysis of clinical data of 2 031 patients who were treated with LC from 2003 to 2012 in our hospital. Results: There were 22 complications totally, accounting for 1.08%, 4 cases of bile duct injury during operation (0.20%), 9 cases of bile leakage (0.44%), 5 cases of intra-abdominal hemorrhage after operation (0.25%), 2 cases of bile duct residual stone after operation, 1 case of gastric perforation during operation, and 1 case of hernia by xiphoid process stabbing after operation. All of the complications were cured by conservative treatment and re-operations. 951 operations of LC were conducted from 2003 to 2007, there were 14 cases of complications totally, accounted for 1.47%; 1 080 LC operations from 2007 to 2012, 8 cases of complications totally, accounted for 0.74%. Conclusion: LC is an ideally safe operation for treating gallbladder stones and gallbladder polyps, bile leakage, bile duct injury and abdominal bleeding are the major complications of LC, the complications mainly relate to the operation proficiency, experience, skills, to strengthen the operation training and the identification of anatomy of Calot's triangle, to detect timely, and to deal with complications early are important measures to prevent and treat the complications of LC.

key word: Cholecystectomy; Laparoscopic; Complications

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.022

腹腔镜胆囊切除术(Laparoscopic cholecystectomy, LC) 现已成为治疗胆囊结石及胆囊良性疾病的“金标准”,具有患者创伤小、康复快等优点,已被普遍接受^[1]。但胆管损伤、胆漏及腹腔出血仍是影响 LC 手术疗效和安全的主要并发症。本文回顾分析了 2003~2012 年我院为 2 031 例患者施行 LC 的临床资料,术中、术后并发症的发生及处理措施,探讨其防治策略,旨在减少术中副损伤,预防并降低术后并发症,提高手术成功率。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 2 031 例腹腔镜胆囊切除术中,男 883 例,女 1 148 例;年龄 13~83 岁,平均 59 岁;病程 2 个月~35 年;其中慢性结石性胆囊炎 1 218 例,占 59.97%;胆囊良性息肉 89 例,占 4.38%;急性化脓性、坏疽性胆囊炎 699 例,占 34.42%;萎缩性胆囊炎 25 例,占 1.23%;本组病例中 156 例有腹部手术史,其中上腹部手术史 48 例。所有

手术均采用二氧化碳气腹建立操作空间,手术操作采用三孔法或四孔法,胆囊动脉、胆囊管处理采用钛夹、生物夹夹闭或 7 号丝线双重结扎,术毕视术中探查及手术情况决定是否安放血浆引流管,手术操作者 2~3 人。

1.2 并发症情况 本组 2 031 例行 LC 术后并发症总例数 22 例,占 1.08%。术中胆总管损伤 4 例(0.20%),其中 1 例为术中对胆总管、胆囊管辨识不清,致胆总管被横行剪断;3 例为胆囊三角粘连,术中出血致术野不清,使用电钩分离或止血时电灼伤导致胆总管缺损。胆漏 9 例(0.44%),其中 1 例为术中结扎不牢产生术后胆漏,1 例为钛夹夹闭不全致术后胆漏,2 例为胆总管小破口损伤,5 例为迷走胆管或副胆管损伤致胆漏。术后腹腔出血 5 例(0.25%),除 1 例为分粘手术后出血外,均为胆囊床出血。术后胆总管残石 2 例,术中胃穿孔 1 例,术后剑突下戳孔疝 1 例。

1.3 并发症处理 胆总管损伤 4 例,其中胆总管横断者 1 例,术中中转开腹行胆总管断端吻合、“T”管支架引流;肝总管或胆总管缺损者 3 例,行胆肠 Roux-en-Y 吻合。胆漏 9 例患者均于术中安置血浆引流管或术后腹腔镜探查安置血浆引流管治愈,其中 3 例血浆引流管安放时间>30 d。术后腹腔出血 5 例均在腹腔镜下探查,清理腹腔后重新止血处理,安置血浆引流管治愈。术后胆总管残石者到上级医院行经十二指肠镜逆行胰胆管造影(Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography, ERCP)、内镜乳头括约肌切开取石术(Endoscopic sphincterotomy, EST)治愈;术中胃穿孔 1 例,在手术中及时发现,腹腔镜下行胃穿孔修补术;术后剑突下戳孔疝者行疝修补术治愈。

2 结果

本组 2 031 例病例,并发症总例数 22 例,占 1.08%。术中胆总管损伤 4 例(0.20%),术后胆漏 9 例(0.44%),术后腹腔出血 5 例(0.25%),术后胆总管残石 2 例,术中胃穿孔 1 例,术后剑突下戳孔疝 1 例。经治疗均痊愈出院,随访 6~60 个月,均无不适。医源性胆管损伤、术后胆漏、腹腔出血是最常见的并发症。国内文献报道胆管损伤和腹腔出血发生率分别为 0.3%和 0.25%^[2-3],本组统计的相应发生率在此范围之内。

3 讨论

3.1 并发症产生的原因 分析我院 LC 并发症的发生,几乎都出现在开展 LC 前 2~3 年,究其产生的原因主要与对 LC 手术适应证把握不严、手术操作不熟练(对胆囊三角解剖变异认识不足)、技巧欠缺、盲目自信、术中出现 LC 操作困难时没有把握机会及时中转开腹等有关。

3.2 预防措施

3.2.1 LC 适应证的把握 在开展 LC 的初期,一定要严格把握 LC 手术的适应证,最好选择未反复发作的慢性结石性胆囊炎和胆囊良性息肉患者,另外患者 B 超检查胆囊图像轮廓清晰。对有上腹部手术或剖腹探查术史、过度肥胖的患者要慎重选择,待手术操作达到一定熟练程度后再逐渐放宽手术适应证。正确评估中转开腹的各种危险因素有益于术前做出相应的准备,避免部分不必要的 LC 尝试,减少并发症^[4]。

3.2.2 术者应注意的问题 (1)每位术者都应遵循循序渐进的原则,熟悉腹腔镜的操作,从暗箱开始,然后扶镜、一助、主刀,每一步都相当熟练并掌握一定的技巧后方可开始选择简单易做的病例,在熟

练者的带领下操作,不能急功近利。(2)术者对每例手术都要在思想上重视,每一例手术都当作自己的第一例手术认真对待,每一例手术无论有无粘连均可能存在解剖上的变异,手术的每一个环节不慎都可能导致严重后果。本组病例中有 1 例胆总管横断伤,就是在操作过程中,没有辨识清楚胆总管与胆囊管就轻易剪断,导致严重并发症。(3)术前依据患者的年龄、性别、体重、病史(发作情况、次数等)、腹部手术史、B 超图像(如胆囊壁厚度、大小、结石情况等)等情况,判断是否行 LC 手术,以及手术的难易程度^[5]。本组 2 例 LC 术后胆总管残石病例,都为多发性胆囊小结石,且有多次发作病史,其中 1 例曾出现过一过性黄疸史,术前未详细询问病史,过度相信 B 超所提供信息,导致 LC 术后短期内出现胆总管梗阻情况。(4)术中要严格遵循开腹胆囊摘除术的基本操作原则和注意事项。(5)不盲目自信,不把追求缩短手术时间和微创作为第一目标,在手术操作有难度时不要因照顾自己威信,或顾及患者、家属情绪而拒绝中转开腹,应视及时中转开腹手术为一名腔镜医生成熟的标志。(6)手术中充分发挥团队精神,术中第一助手操作暴露相当重要。

3.2.3 术中操作注意事项 (1)建立气腹置入器械后,不要急于牵拉胆囊,首先要明确“三管一壶腹”关系,解剖关系可与助手反复确认核对后再开始手术。只要不是过度肥胖者,在胆总管临近十二指肠处,透过脂肪层都可见一蓝色“脂窗”,这是 LC 中一个重要的安全标志。(2)解剖胆囊三角组织时,切忌大块切割,宜少、宜薄。(3)牵拉胆囊力量一定要适度,以免将胆囊管与胆总管牵拉成一直线,而误将胆总管当作胆囊管,或因暴力将肝总管撕裂,置放钛夹后注意放松,重新观察确保准确无误。(4)三角区分离尽量从后三角开始,且尽量避免使用电凝,尤其是当出血时,避免电灼伤及热传导伤。本组病例中的肝总管缺损就是因出血而过度使用电凝所造成。(5)胆囊三角呈冰冻样的病例,宜行逆行切除术或只作胆囊次全切术,可有效避免胆道的损伤。(6)术中探查胆囊管有扩张且 B 超提示胆囊结石为多发性小结石的病例,术中一定要注意胆囊管内是否有小结石存在,在确定没有或已将小结石推入胆囊后,宜先在近胆囊管远端夹钛夹,避免牵拉过程中将结石挤入胆总管。对同时伴有胆总管扩张的病例,可通过胆囊管置入输尿管导管至胆总管行术中胆道造影,确定是否有胆总管结石。(7)胆囊床止血一定要彻底,对于术中胆囊床渗血较多的病例,止血后宜用生理盐水反复

冲洗、纱布蘸拭后反复观察。对于电凝止血确有困难且不能上钛夹者可尝试腔镜下缝合止血。

3.3 并发症的及时发现 出现并发症后及时发现,及时处理,可缩短康复时间,减少患者痛苦。术毕仔细观察、术后认真查房、尤其是在患者有不适症状后的仔细体格检查、及时地复查都有助于我们在早期及时发现并发症。(1)术中操作过程中,注意观察有无“菜油样”胆汁,如有表明有胆管损伤,术毕用干净的纱布轻拭胆囊三角,观察有无胆漏,术后解剖胆囊也有助于观察。(2)术中注意观察有无胃液溢出,对于小的胃穿孔可将干净纱布置于疑似穿孔处轻压胃壁,观察有无胃液溢出。(3)术中出血较多时一定要确保术野的清晰,术毕反复冲洗,观察有无胆囊床出血,有无分粘后出血。

3.4 并发症的处理 (1)腹腔出血的处理,一旦发现出血,宜及时进行腹腔镜探查,清理腹腔后,找到出血原因及时处理,预后良好。(2)胃穿孔术中及时发现可在腔镜下行胃穿孔修补术,术后处理同常规胃穿孔修补术,愈后一般良好。(3)术后残石多为小结石,可到有条件的医院行 ERCP+EST,愈后良好。(4)胆道损伤的处理:胆管撕裂伤可直接缝合,安放“T”管支撑。胆管横断伤可选择断端吻合,放“T”管支撑,吻合时尽量减少张力。胆管缺损宜行胆肠吻合。上述安置“T”管支撑的,“T”管应保持 6~12 个月^[6]。胆囊床胆囊管损伤所致胆漏,一般用血浆管引流

即可,血浆管保持 12~30 d,确保患者症状体征消失,引流管无胆汁流出,反复检查 B 超无异常,再予拔除。

我院在 2003 年始开展 LC,上述 LC 并发症病例,基本集中在手术开展初期 2~3 年,近年数百例 LC 无 1 例中转开腹和并发症的发生。LC 是治疗胆囊结石、胆囊息肉的理想、安全术式。然而,“微创外科时代的胆道外科,腹腔镜胆囊切除术并非平安无事”^[7],其并发症的发生如胆管损伤、胆漏、腹腔出血等多于开腹手术,主要与操作者的手术操作经验、技巧有关。加强手术操作者的正规培训,充分掌握微创外科手术基本原则,严格把握手术适用证,清楚认识胆道系统解剖关系,操作细心、耐心,术中遇操作困难时能果断中转开腹而不盲目追求“微创”,是减少 LC 并发症的有效措施。

参考文献

[1]黄志强.当今胆道外科的发展与方向[J].中华外科杂志,2006,44(23):1585-1586
[2]李翔,朱宏.复杂的腹腔镜胆囊切除术操作体会[J].局解手术学杂志,2003,12(2):127-128
[3]刘国礼.降低腹腔镜胆囊切除术的合并症[J].肝胆外科杂志,1995,3(2):65-67
[4]冉瑞图.关于胆囊切除术的几点意见[J].中华普外基础与临床杂志,2008,15(2):81-82
[5]杨建新,徐泽.电视腹腔镜胆囊切除术难度相关因素分析[J].中国内镜杂志,1999,5(4):23-24
[6]黄志强当代胆道外科学[M].上海:上海科学技术文献出版社,1998:652-654
[7]黄志强.现代腹腔镜外科学[M].北京:人民军医出版社,1994:153
(收稿日期:2014-10-22)

ICU 中人工机械通气呼吸机相关肺炎的预防和控制

翟红燕

(河南省南阳市油田总医院 ICU 南阳 473132)

摘要:目的:探讨 ICU 中人工机械通气呼吸机相关肺炎的预防和控制效果。方法:选取我院 2010 年 1 月~2012 年 12 月 ICU 病房中进行人工机械通气的 84 例患者为研究对象,依据呼吸机使用前预防控制措施的不同分为观察组(呼吸机使用综合干预护理组)和对照组(常规呼吸机治疗使用组)各 42 例,分析 ICU 中人工机械通气呼吸机相关肺炎的预防和控制效果。结果:呼吸机使用综合干预护理组的患者在症状改善、呼吸机相关肺炎控制率等方面优于对照组,两组比较有显著差异($P<0.05$)。结论:ICU 人工机械通气呼吸机相关肺炎的积极预防和干预控制措施对合并呼吸衰竭患者预后具有相当重要的影响,能减少相关肺炎的发生,值得临床应用。

关键词:呼吸机相关肺炎;ICU;人工机械通气;预防和控制

中图分类号:R563.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.023

呼吸系统疾病是临床常见的内科疾病,一些患者由于肺功能恶化、免疫功能降低、外界各种有害因素的影响,易并发呼吸衰竭、慢性肺源性心脏病,如不及时有效救治,会危及患者生命。因此需要进 ICU 病房进行人工机械通气呼吸机辅助治疗,机械通气利用机械装置来代替、控制或改变自主呼吸运动,是

借助呼吸机建立气道口与肺泡间的压力差,给呼吸功能不全患者以呼吸支持。已经成为临床一些重症疾病患者如休克、急性缺氧缺血等多器官功能不全综合征的重要治疗手段^[1]。然而在 ICU 患者的治疗中,呼吸机相关性肺炎(VAP)这一并发症时有发生,目前常无理想的特效治疗方法,除了临床有效的抗