

肝胆外科

胆囊切除术后近期梗阻性黄疸相关问题探讨

发表时间: 2011-11-2 8:29:01 来源: 创新医学网医学编辑部推荐

作者: 王成,黄强,林先盛,刘臣海 作者单位: 安徽省立医院 胆胰外科, 安徽 合肥

【摘要】目的 探讨胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的原因、诊断依据和防治原则。方法 对我科2000年1月至2008年12月间经治的单纯胆囊切除术后近期出现梗阻性黄疸的18例临床资料进行回顾性分析。结果 医源性胆道损伤7例,胆总管结石4例,胆道炎性狭窄4例,胆道恶性肿瘤2例,胆瘘、胆汁性腹膜炎1例。单纯内镜治疗8例;再手术9例;1例胆管狭窄患者因黄疸消退而出院观察。17例痊愈,1例术后继发肝肾功能衰竭而自动出院。结论 胆囊切除术后近期的梗阻性黄疸以损伤和结石因素多见,炎性狭窄和肿瘤因素少见。完善的术前检查和谨慎的术中操作是预防胆囊切除术后黄疸的关键,黄疸发生后的积极对症处理是唯一有效的治疗方法,而ERCP则是诊断和治疗胆囊切除术后黄疸的重要手段之一。

【关键词】 胆囊切除术;黄疸,阻塞性;诊断;治疗

胆囊切除术是腹部外科最常见的手术之一,而胆囊切除术后近期黄疸虽不常见,却也时有发生,文献报道其发生率约为0.26%~2%[1]。引起术后黄疸的原因可分为肝前性、肝性和肝后性。前两者又称内科性黄疸,后者称为外科性黄疸。外科性黄疸主要是指胆管阻塞引起的梗阻性黄疸,此类黄疸常是术后困扰医生和患者双方的主要因素。如不及时诊断和正确处理,常可导致较为严重的后果。我科2000年1月至2008年12月间共经治此类患者18例,现就其发生的原因及防治措施分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组18例,男8例,女10例。年龄23~67岁,平均48.5岁。所有病例术前均无黄疸史,肝功能及胆红素测定也无异常。其中行腹腔镜胆囊切除术(LC)10例,行剖腹胆囊切除术(OC)8例。手术后出现黄疸的时间为术后1 d至2周不等,总胆红素41~378.4 μmol/L不等。3例伴有腹痛,1例伴有发热。

1.2 影像学检查 BUS检查18例,提示不同程度胆管扩张者14例,考虑胆管残余结石4例,胆囊窝或/和腹腔积液1例,肝脏和壶腹周围占位性病变各1例。MRCP检查10例,提示胆道损伤5例,肝总管狭窄3例,残留结石2例。ERCP检查12例,提示胆总管内负性阴影考虑结石者4例;肝总管及肝内胆管未显影,考虑胆道损伤者3例;胆道连续性存在,但肝总管处明显变细2例,胆总管中下段明显变细1例,此3例均考虑良性狭窄;造影时见造影剂外溢至胆管外而考虑胆漏1例;胆总管下段不规则狭窄并截断样改变考虑肿瘤1例。

1.3 治疗方法 单纯内镜治疗8例:其中内镜下乳头括约肌切开(EST)取石4例,内镜下胆管塑料支架置放(ERBD)3例,先行内镜下鼻胆管引流(ENBD)再改行ERBD 1例。再手术9例:7例胆道损伤患者均行胆管空肠Roux-Y吻合术;1例胆漏、胆汁性腹膜炎患者经ERCP明确胆漏后,先放置ENBD,而后再加行腹腔引流术;1例患者术后黄疸考虑损伤,而行胆管空肠内引流术,术后短期

特色服务 Serves

- 在线投稿
- 投稿指南
- 绿色通道
- 特色专区
- 服务流程
- 常见问题
- 编辑中心
- 期刊阅读

期刊约稿

- 中国社区医师
- 吉林医学
- 按摩与康复医学
- 临床合理用药杂志
- 内蒙古中医药

推荐期刊

吉林医学

- 期刊介绍
- 在线阅读
- 在线订阅
- 在线投稿

中国医药指南
中国知网收录期刊

内再次黄疸而转入我院,后经探查加活检证实为胰腺恶性肿瘤伴肝脏及肝门转移引起的黄疸,而行经右肝管“U”管引流术。1例肝总管狭窄经保肝等治疗后黄疸消退而出院观察。

1.4 结果 18例患者中,行内镜治疗8例,手术治疗9例,保守治疗1例。8例行单纯内镜治疗的患者恢复顺利,无内镜相关并发症发生。9例手术患者中,8例恢复顺利,无手术相关并发症发生,1例术中探查加活检证实为胰腺恶性肿瘤伴肝脏及肝门转移者,行经右肝管“U”管引流术,术后继发肝肾功能衰竭,终因经济原因而自动出院。

2 讨论

2.1 关于病因诊断的问题 胆囊切除术后出现梗阻性黄疸,其原因既可能与手术操作不当有关,也可能与手术操作完全无关。如何及时正确地作出判断,并进行妥善处理,是直接关系到患者预后的关键。当胆囊切除术后出现黄疸时,不能侥幸地认为是内科因素导致的黄疸,而应仔细地回顾手术过程,以确定或排除明显的操作不当所致的胆管阻塞;同时应尽快进行相关的辅助检查,主要包括肝功能检测、肝胆B超、磁共振胆胰管成像(MRCP)甚或十二指肠镜下逆行性胰胆管造影(ERCP)。梗阻性黄疸患者,其肝功能检查结果多表现为总胆红素和碱性磷酸酶的升高,尤其以直接胆红素升高为主,同时伴有不同程度的肝功能损害。这在本组18例患者中均得到证实。B超应作为胆囊切除术后患者首选的影像检查,其阳性结果主要包括:不同程度的胆管扩张、胆管有无残余结石、胆囊窝或/和腹腔有无积液以及肝、胆和胰腺有无占位性病变更等。MRCP能获得直观的胆道图像,可明确胆管的连续性有无中断,胆管有无扩张,胆管内有无充盈缺损等征象。本组MRCP检查10例,均提示肝内(外)胆管不同程度的扩张,其中考虑胆道损伤5例,肝总管狭窄3例,残留结石2例。由于MRCP和B超一样同属无创,且显像直观清晰,临床医生自己也可以进行阅片诊断,同时随着MRCP检查项目的逐渐普及,价格也较前明显降低,因此,我们建议有条件者可将MRCP作为胆囊切除术后梗阻性黄疸患者的首选检查,并可指导手术方法。ERCP既是诊断方法,又可作为治疗的手段,本组检查12例,提示胆总管结石者4例;胆道损伤者3例;胆道良性狭窄3例;胆漏1例;胆总管下段不规则狭窄并截断样改变考虑肿瘤1例。

总之,对于术前无黄疸史的胆囊炎、胆囊结石患者,在胆囊切除术后近期出现黄疸,首先要认真反思手术过程,并逐一排除胆管损伤、胆管结石、炎症性狭窄、肿瘤阻塞等因素。结合本组资料,我们认为胆囊切除术后近期梗阻性黄疸具有下列特征:①术前无黄疸,而术后近期出现进行性加深的黄疸(多见于胆道损伤患者)。②黄疸虽有波动但不完全消退,或消退后极易反复(多见于胆管残余结石患者)。③肝功能损害轻微,但AKP、 γ -GT等显著增高。④影像学检查提示胆管扩张、胆管的连续性中断、胆管腔内有充盈缺损或壶腹周围以及胆道的占位性病变更等。因此,术后出现上述情况者应考虑为梗阻性黄疸,并应及时果断地进行外科干预以解除梗阻,恢复胆道的通畅性。

2.2 胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的治疗 胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的治疗原则应遵循以下几点:①尽可能去除病灶。②解除胆道梗阻或狭窄。③保证术后胆汁引流通畅。对于肝外胆管损伤引起胆道梗阻,应视具体情况而定,对于闭合型胆管损伤的患者,一经诊断,即应尽早手术。但对于胆漏型胆管损伤的患者,因多合并有胆汁性腹膜炎及腹腔的感染,可先行胆道及腹腔的引流,待3个月以后再行确定性手术。本组7例胆道损伤患者,5例闭合型胆管损伤者在诊断明确后及时行胆管空肠Roux-Y吻合术,2例胆漏型胆管损伤的患者,1例因术中在网膜孔放置了腹腔引流而无腹膜炎的症状和体征,该例患者在诊断明确后也及时行胆管空肠Roux-Y吻合术,另1例胆漏型胆管损伤的患者由于有胆汁性腹膜炎和较重的腹腔感染,损伤的胆管壁炎症水肿较重,即先行胆道及腹腔的引流,3个月以后再次手术行胆管空肠Roux-Y吻合术。7例患者随访至今预后良好。对于非损伤性胆管阻塞的患者,如结石、炎性狭窄等因素引起的黄疸,我们建议首选ERCP的相关治疗。本组4例胆管残余结石的患者均采用EST进行治疗而获得治愈。4例胆管炎性狭窄的患者,1例在检查和消炎、保肝治疗的同时,黄疸消退而出院观察,另外3例患者均行ERBD进行治疗,效果满意。对于肿瘤引起的黄疸,原则上应该进行根治性手术切除,对明确不能切除或有远处转移者建议行ERBD。本组2例肿瘤患者,1例因肿瘤晚期而行ERBD治疗,1例在外院行LC后出现黄疸,在剖腹探查时误以为胆管损伤,并行肝门部胆管空肠内引流术,但术后很快又出现黄疸而转入我院,经过详细的术前检查后,再次手术探查发现为胰腺肿瘤伴左肝及肝门转移(左肝肿瘤活检报告为转移性腺癌),而行经右肝管“U”形管引流术,因而教训深刻。总之,从本组资料来看,胆囊切除术后近期梗阻性黄疸发生后的积极对因处理是唯一有效的治疗方法,而ERCP更是诊断和治疗胆囊切除术后黄疸的重要手段。

2.3 胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的预防 胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的发生,无疑给患者的身心健康造成了很大的影响,同时也给术者造成了巨大的心理压力。如何从根本上避免和降低其发生率,应该是我们临床外科医生和影像科医生协同努力方能解决的问题。掌握手术指征,规范手术操作是预防本病的关键[2]。结合本组病例的诊治情况,我们认为胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的预防主要应从以下几个方面加以防范:①术前重视病史的采集和影像学检查中的异常信息。对于胆囊结石的患者,要详细询问患者有无腹痛及腹痛的性质,有无发热、消瘦以及黄疸等病史。胆囊结石患者若有黄疸史、胰腺炎史、甚至有明显的肝功能异常等情况,则应高度怀疑有无合并胆总管结石或胆管炎性狭窄的可能。根据情况选择必要的影像学检查方法,如MRCP、CT等,进一步明确诊断,是降低胆囊切除术后近期梗阻性黄疸发生率的前提。②要有高度的责任感和娴熟的手术技巧。绝不能因为胆囊结石是一个常见病和多发病,就把胆囊切除术当成一般的小手术而掉以轻心。③规范手术操作是预防胆囊切除术后近期梗阻性黄疸发生的关键。文献报道约10%的胆囊结石患者并存胆总管结石[3],外科医师行胆囊切除术时,漏诊术前未发现的无症状的胆总管结石并不鲜见[4],术中操作不当而使胆囊内结石被挤入胆总管内也很常见。因此,对于胆囊三角区解剖清晰者,预先结扎牵引胆囊管后,再进行切除胆囊是防止结石滑入胆总管的重要步骤。胆囊切除后应常规剖开胆囊,如结石较小,而胆囊管较粗者,应当心有结石掉入胆总管的可能。熟悉肝胆系统的正常解剖及变异关系,特别是胆囊三角区的所有管道,在未明确其性质之前绝不能随意钳夹、结扎或切断,更不应在近胆管侧盲目缝扎。对于胆囊三角区解剖不清而难以分离胆囊动脉及胆囊管者,建议从胆囊底开始完全逆行性胆囊切除或胆囊大部切除术,尤其对于三角区的致密粘连,切不可强行分离,以免损伤胆总管及右副肝管。在胆囊切除术中,应注意胆系及其周围有无病变存在,对肝外胆管及其周围应仔细探查,必要时还可配合特殊检查,如术中胆道造影或术中胆道镜等,方能避免遗漏结石、炎症以及肿瘤等病变,从而降低胆囊切除术后近期梗阻性黄疸的发生率。

【参考文献】

[2] 蔡一亭, 施亚周, 施维锦. 胆囊切除术后非胆管损伤性黄疸的防治[J]. 肝胆胰外科杂志, 2006, 18(3):172-173.

[3] Kama NA, Atli M, Doganay M, et al. Practical recommendations for the prediction and management of common bile duct stones in patients with gallstones[J]. Surg Endosc, 2001, 15(9): 942-945.

[4] Rosseland AR, Glomsaker TB. A symptomatic common bile duct stones[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2000, 12(11): 1171-1173.

最热点



考试宝典-高分练兵场



揭秘论文“低价”根源



医学编辑中心



邮箱投稿视频教程

相关文章



▶ 胆囊切除术后近期梗阻性黄疸相关问题探讨

2011-11-2

★ 加入收藏夹

👤 复制给朋友

📡 分享到外站

评论内容

请文明上网，文明评论。

发表评论

重置

▲ 上一页

当前第1页, 共1页

▼ 下一页