

## 腹腔镜胆囊切除术后黄疸13例临床分析

谭声义,李灼日,周开伦

(海南省人民医院肝胆胰、器官移植外科,海南 海口 570311)

**【摘要】** 目的 分析腹腔镜胆囊切除术(LC)后黄疸的原因,探讨其防治方法。方法 回顾性分析我院2002年5月至2011年7月13例行LC术后出现黄疸患者的临床资料,分析其发生的原因。结果 梗阻性黄疸8例,非梗阻性黄疸5例,梗阻性黄疸行侵入性治疗,非梗阻性黄疸行内科治疗均治愈。结论 LC术后梗阻性黄疸需要早期发现,采取正确的手术方法与治疗,非梗阻性黄疸应针对病因采取护肝和支持治疗。术后黄疸可治愈。

**【关键词】** 腹腔镜胆囊切除术;黄疸;原因

**【中图分类号】** R656 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2014)08-1180-02

自从1987年法国Mouret医生完成世界首例腹腔镜胆囊切除术(LC)以来,LC因其创伤小、患者痛苦少、术后恢复快,在全世界迅速推广,现已成为治疗胆囊良性疾病的首选方式。我院1998年10月至2011年已开展该术式5600余例,效果良好。黄疸是临床上较为常见的LC术后并发症,是困扰医务人员的一个棘手问题。本文回顾性分析我院2002年5月至2011年7月施治LC术后出现黄疸的13例患者的临床诊治资料,探讨其发生原因、特点及防治措施。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男性8例,女性5例,平均年龄53岁(19~63岁),其中慢性结石性胆囊炎5例,急性胆囊炎和慢性结石性胆囊炎急性发作6例(其中2例有颈部结石嵌顿),萎缩性胆囊炎2例,术前肝功能胆红素正常。B超检查提示胆总管未见异常。本组5例合并肝硬化(代偿期),3例合并慢性乙型肝炎。

1.2 黄疸原因 梗阻性黄疸8例(61.5%),其中2例医源性损伤,1例钛夹压迫胆总管,1例胆总管横断伤;非梗阻性黄疸5例(38.5%)。其中术后胆总管结石6例,占46.2%;不合并胆瘘4例,占30.8%;合并胆瘘2例,占15.4%;钛夹滑脱患者1例,占7.7%;医源性胆管损伤2例,占15.4%;肝硬化患者肝功能失代偿2例,占15.4%;毛细胆管炎1例,占7.7%;慢性乙肝急性发作1例,占7.7%。

1.3 治疗与转归 6例胆总管结石患者,4例接受再次手术腹腔镜冲洗、胆道探查取石、T管引流术;2例转省外医院行ERCP后Oddi's括约肌切开取石、鼻胆管引流术。1例钛夹滑脱患者再次开腹行胆道探查,“T”管引流术;1例胆总管横断伤患者行胆肠ROUX-Y重建;2例肝硬化患者行护肝、营养支持治

疗;1例毛细胆管炎患者接受护肝、激素治疗;1例乙型肝炎急性发作患者接受抗病毒、护肝治疗。

### 2 结果

梗阻性黄疸患者平均再次术后5d黄疸消退,正常进食,腹痛缓解;最短3d,最长8d。肝炎及肝硬化患者经内可治疗痊愈,黄疸消退出院;毛细胆管炎患者以护肝、激素治疗,并辅以液体疗法,术后3个月复诊黄疸消退。本组患者平均随访3年(1~5年),均无复发及其他并发症。

### 3 讨论

3.1 LC术后黄疸原因及预防 (1)胆总管结石:国内丁钧等<sup>[1]</sup>报道,胆囊切除术术后再发黄疸,以胆道系统结石为主要原因约53.4%。术后胆道残留主要原因有:①术前检查未发现的胆总管结石,虽然B超对胆总管结石的诊断正确率高达98%~99%,但对胆总管结石却只有55%;②术中操作时过分牵拉,挤压胆总管致使结石掉入胆总管;③胆总管多发结石较小,胆总管较粗,致使较轻微操作亦可能有结石掉入胆总管。预防时注意:①对既往体健有胆总管扩张或胆总管结石,肝功能检查提示胆红素异常患者需引起重视,必要时反复行B超检查或CT检查,在具备条件的医院中医院中还可以行MRCP检查以明确是否存在胆总管结石;②术中发现胆总管增粗、胆总管内有结石、胆总管较粗同时胆总管结石较小,估计可以经过胆总管造影或术中B超探查发现胆总管结石,必要时行胆道探查、T管引流术;③术中操作要轻柔,避免胆总管方向挤压胆总管和壶腹,必要时在辨清三管一壶腹后,用空钛夹钳将胆总管结石向胆囊内挤进(切记胆总管下段应夹闭);④多发性小结石患者尽量少用逆行法切除胆囊,术后立即使用654-2,促进碎石排

出。(2)医源性胆总管损伤原因有:①因严重粘连导致胆囊三角难以解剖;②出血致术野不清而盲目操作;③特殊类型的胆囊结石,如胆囊管结石、Mirizzi综合征致操作困难;④胆管解剖变异;⑤手术操作不当,过分牵拉胆管成角;⑥盲目追求三甚至二孔法腹腔镜下胆囊切除,暴露不充分;⑦LC中电切或电凝对胆管的直接或间接损伤等。预防注意:①准确辨认三管一壶腹的解剖关系;②遇到炎症水肿严重,出血风险高,解剖结构不清楚时果断开腹;③避免盲目烧灼和上钛夹,尤其是出血情况下更要清楚;④操作在直视下进行,电钩不要朝向肝胆管方向,每钩争取浆膜下操作,避免大块烧灼,造成传导伤。⑤慢性肝炎和肝硬化:急慢性肝炎或肝硬化患者对手术的耐受性很差,LC术后也易出现黄疸。由于不少患者在患肝病时没有明显的症状,往往一无所知,为此,除详细询问病史之外,均需行肝功能全套及肝脏B超检查,并作肝炎全套检查,如疑有活动性慢性乙型肝炎,需做DNA定量检查,以了解乙肝活动情况。凡急慢性肝炎活动期患者手术安排在病情稳定之后进行。肝硬化患者的手术适应证视其肝功能状态而定(按Child分级标准)。一般来讲,A、B级患者行LC无禁忌,但应注意以下事项:(1)不用对肝功能有损害的药物;(2)在保证手术质量的情况下,尽量缩短手术时间,建议用经验丰富的医疗组和麻醉医师完成;(3)术后早期复查肝功能,酌情进行护肝治疗。

3.2 LC术后黄疸的诊断 术后黄疸的患者一部分既往有黄疸病史,部分患者伴随发热、腹痛、腹胀等症状,尤其存在胆瘘的患者。在提示有腹部移动性浊音的患者立即进行腹腔穿刺可以获得胆汁样液体。有的液体比较清亮,建议行淀粉酶检查。如为胆汁其淀粉酶明显高于血尿淀粉酶。实验室检查可以确诊黄疸及分类,梗阻性黄疸以直接胆红素升高为主,ALP、GGT往往比非梗阻性黄疸升高明显。影像学检查首选B超,其优点在于价格低廉,无创,并可重复使用。B超对于结石的显像率很高,一组统计达98%,也可作为其他诊断的指向性检查。但B超的定性诊断效果一般,且容易受肠气等因素影响。MRCP具有无创性、安全简便、不需要受对比剂和X线照射,三维重建图像类似于直接胆管造影,并可多方位旋转,多角度观察等特点,成为各种胆、胰疾病特别是梗阻性黄疸的最有效的检查方法。ERCP可清晰显示肝内外胆管的解剖和病变,同时能将内镜检查与治疗相结合,可以引流胆汁、拖取结石。但缺点是价格昂贵,是有创性操作,有一定并发症。如十二指肠穿孔等<sup>[2]</sup>。我们的经验是发现患者术后出现异常体征后,

首先行肝功能检查和B超检查。初步判断梗阻性黄疸或非梗阻性黄疸,如果有较多腹腔积液即时在B超引导下穿刺定性。胆总管结石患者有条件的可行ERCP后取石,因钛夹滑脱或胆总管结石造成胆道压力过大导致胆囊管残端漏可以鼻胆管引流。多数情况下,梗阻性黄疸患者,需及时、早期行再次手术。行腹腔冲洗、胆道探查术。

3.3 LC术后黄疸的治疗 非梗阻性黄疸患者多见于肝细胞性黄疸,通常为手术和麻醉打击后的肝功能损害,我们对于这类患者采取护肝、利胆、抗感染治疗,效果较为理想,如果肝炎检查患者处于肝炎活动期还需要加用抗病毒药物<sup>[3]</sup>。毛细胆管炎是较为特殊的一类术后黄疸患者,特点是术后黄疸进行性加重、全身症状重、厌食,在排除了梗阻因素和其他导致肝功能受损,采取护肝治疗5d,效果欠佳,加用小剂量激素后胆红素下降,本病治疗周期长,术后3个月黄疸才消退。

梗阻性黄疸的再次手术决定应当果断。特别是一旦出现黄疸、胆瘘证据,应该积极手术,以免贻误病情。对于胆总管结石残留行胆道探查取石、T管引流术。梗阻性黄疸患者胆总管直径通常大于8mm,胆道探查较为安全。但少数患者胆总管小于8mm,应选用12~14#T管,尽量使用3-0无损伤线进行胆管关闭,带管时间延长,建议60~90d,行胆道造影后再拔,以免出现胆管狭窄。医源性胆道损伤较为复杂,损伤方式、类型多种。腹腔镜手术医源性胆管损伤一般沿用Straber分类法。根据胆道损伤类型处理各不相同<sup>[4-5]</sup>。但总体原则:解除梗阻,通畅引流、尽量减少术后狭窄机会,是患者长期有质量生存的保障。对于误扎、误夹胆管的损伤可以再次手术松开结扎线和钛夹,胆道放置T管支撑引流,胆道壁损伤根据情况行胆道支撑引流,而胆管横断缺损小于3mm可试行端端吻合,大于3mm只能行Roux-Y重建<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献

- [1] 丁 钧,李智华,刘吉奎,等. 113例胆囊切除术后黄疸患者ERCP的诊治[J]. 重庆医学, 2003, 2(6): 736-739.
- [2] Luca S. The removal of commonbile clut stone under ERCP before LC[J]. Am J Gastroenterology, 1996, 31(7): 1326-1328.
- [3] 张晓周,王 鹏. 腹腔镜胆囊切除(LC)术后黄疸原因分析及防治[J]. 医学研究与教育, 2009, 26(2): 46, 48.
- [4] 傅振超,梁 东,窦维龙,等. 腹腔镜胆囊切除术后黄疸46例临床分析[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(10): 931-933.
- [5] 王敬民,鲍恩武,徐义仁,等. 腹腔镜胆囊切除术致胆管的热力损伤[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(2): 105-107.
- [6] 吴 进,陈杨东. 腹腔镜胆囊切除术后黄疸的原因与处理方法[J]. 西部医学, 2010, 22(5): 885-886.

(收稿日期:2014-01-20)