

肝外胆管损伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_82_9D_E5_A4_96_E8_83_86_E7_c22_303257.htm 名称肝外胆管损伤所属科室普通外科病因肝外胆管损伤实际上以医源性损伤较为多见。其发生率约为0.3~0.5%，即大约在200~300次胆囊切除术中发生1次。胆管损伤一部分在手术当时即被发现而作了妥善处理，不幸的是另一部分在术后才被发现，引起严重并发症，造成处理困难，也影响了治疗效果。肝外胆管损伤绝大多数发生在胆囊切除术中，少数发生在施行复杂的胃大部切除术中切断和关闭十二指肠时误伤胆管，也可发生在胆总管切开探查或切除乏特壶腹四周的十二指肠憩室时误伤胆总管。分析胆囊切除术时引起胆管损伤的原因：手术操作失误，如术中忽然发生大出血时盲目钳夹止血或大块缝扎止血；在切断胆囊管时过度牵拉胆囊，而将胆总管或肝总管误认为胆囊管予以切断结扎等等。胆道系统解剖畸形，如胆囊管极短、缺如或其开口在右肝管等，术中若未能识别则可能造成损伤。炎症严重，局部粘连紧密，解剖不清，术中如操作不慎也会引起误伤。值得引起注重的是有时并无上述客观因素的存在，而是在普通的胆囊切除术中也发生了胆管损伤，这就需要从术者本身去查明原因了。至於腹外伤引起的胆管损伤多数伴有血管和邻近脏器的损伤。病理受损的胆管可以完全断裂或部分缺损，也可仅被血管钳压榨或被缝扎因而出现胆漏发生炎症和纤维化，最后引起胆管狭窄或闭塞。狭窄或闭塞的胆管近端发生扩张，管壁增厚；远端管壁也可增厚，但管腔缩小甚至闭塞。胆管狭窄或闭塞后胆汁排出受阻，胆管内压力升高，胆汁郁积，如持续时间较长，肝细

胞将受到不可逆性的损害；胆汁郁积亦可继发革兰氏阴性肠道杆菌感染，引起胆管炎的反复发作，其结果将加重肝细胞的损害，引起肝硬化。在伴有胆外漏者，肝损害虽可较轻，但常可继发腹腔感染或胆汁经常大量丧失而引起消化和吸收方面的问题。临床表现胆管损伤的临床表现取决于损伤的程度，狭窄的严重性和有无胆外漏。主要表现是胆瘘和/或梗阻性黄疸。患者在伤后或术后有多量胆汁从伤口流出，当胆汁流出减少后出现上腹部疼痛、发热和黄疸。也有在术后不久即出现逐渐加深的黄疸，伴随右上腹持续性疼痛和发热。诊断诊断一般不难，有明显胆道梗阻者经皮肝穿刺胆道造影（PTC）对诊断最有帮助，可以确定诊断和明确阻塞部位，有利于术前制定手术方案。如有外瘘存在，可通过瘘口作造影，但常无法显示胆道全貌。ERCP的诊断价值不如PTC大，一般不能很好显示梗阻近侧的胆管情况。治疗腹部创伤所致肝外胆管损伤的处理取决于伤情，如合并脏器的损伤、失血量、腹腔污染，以及医疗条件和技术力量。对损伤重、失血多的伤员应积极抗休克，同时迅速控制活动性出血，修复或切除损伤脏器。复杂的胆道损伤可先安置“T”管引流，伤情稳定后再择期作胆道修复手术。如伤情和条件答应以及医源性胆道损伤，可按下列原则处理：胆总管裂伤应先细心修除裂口边缘的无生气组织，在裂口近端或远端另作一切口，安置大小适当的“T”形管，使一臂通过裂口作为内支撑，再用细线缝合修补裂口。如裂伤超过周径一半以上或胆管已完全断裂，应予修整并在无张力的条件下用5-0尼龙丝或细丝线作对端吻合，并以与上面相同方法置入“T”管作为支撑。“T”管保留时间一般不少于半年。倘吻合有张力，切忌

勉强拉拢，低位裂口可与十二指肠吻合，高位裂口甚至位於左右肝管者可施行胆总管或肝管空肠Y形吻合。胆管重建能否成功有赖于熟练的操作技术、精细的清创手术，吻合口粘膜的操作技术、精细的清创手术，吻合口粘膜的准确对合以及无张力性吻合。胆囊裂伤或胆囊管断裂的简便和可靠处理是胆囊切除术。术后妥善的引流，是避免腹腔感染的重要措施。预防及预后胆管损伤的后果是严重的，所以预防其发生很重要。实际上医源性胆管损伤绝大多数是可以预防的，手术时术者应集中注重力，操作要认真细致，并遵从一定的操作常规步骤，如在施行胆囊切除术时，先显露胆总管、肝总管和胆囊管，辨清三者关系后用丝线套住胆囊管，暂不将其切断。再从胆囊底部做逆行胆囊分离直达胆囊管汇入胆总管处，这时才结扎切断胆囊管。如在分离胆囊管时上述三管关系分辨不清，可考虑作胆总管切开术，置入探杆，帮助确定各胆管的位置。也可作术中胆道造影来帮助定位。此外，分离胆囊时还应尽可能靠近胆囊壁剪切，遇有出血应细心止血，切忌大块缝扎止血，并时刻警惕有无胆管畸形的存在。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com