

# 如何应对腹腔镜胆囊切除术中的胆管损伤

王小勇

(四川省长宁县人民医院, 四川 宜宾 644300)

腹腔镜胆囊切除术作为现今临床上治疗胆囊炎、胆囊结石等病症较常用的一种医疗手段, 对比传统的开腹手术而言, 具有创口小、患者损伤轻、生理痛苦小、手术时间短、出血少、并发症少等诸多优势。但与此同时, 相关医学文献研究发现, 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤发生率要比开腹手术高出 2-3 倍, 所以从实际工作出发, 了解腹腔镜胆囊切除术引发患者胆管损伤原因, 做好针对性治疗、防护工作便显得极为必要。

## 1 腹腔镜胆囊切除术引发胆管损伤的原因

腹腔镜胆囊切除术引发胆管损伤的原因多种多样, 最常见的即手术医生经验不足、技术熟练度有限, 导致腹腔镜胆囊切除术期间患者出现胆管损伤; 比如腹腔镜操作标准不达标、术中牵拉不当等。因为患者肝胆管长短不一或者胆囊颈结石嵌顿等都会致使胆囊管走行变化, 一旦手术医生未能及时辨认胆囊管实际结构, 便会造成患者胆管损伤的状况发生。

与此同时, 患者自身肝胆管存在生理性或者病理性变异, 亦是造成胆管损伤的关键因素, 比如病情较重者, 胆囊水肿明显, 有化脓、坏疽的情况, 尤其是胆囊周围组织粘连、纤维化、Calot 三角结构无法辨认等, 都会增加腹腔镜胆囊切除术引发胆管损伤的风险; 相关医学文献研究发现, 接受腹腔镜胆囊切除术患者群体中, 肥胖或者急性炎症期患者的胆管损伤发生率普遍较高。



## 2 腹腔镜胆囊切除术中胆管损伤的诊断依据

### 2.1 术中诊断

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的诊断, 主要是通过术中、术后两个阶段的临床观察来体现, 相关医学文献研究表明, 30% 左右胆管损伤是在术中诊断发现的, 比如术中视野内患者胆汁溢出、切除胆囊后管腔变异、切除胆囊后胆囊管残端异常黏膜块附着、胆囊管拉向十二指肠处的都可考虑是患者胆管损伤的征象。且由于腹腔镜胆囊切除术中存在出血风险, 一旦出血较多, 怀疑胆管损伤的也可在术中做胆管造影或者在关腹前做网膜孔引流, 都可有效诊断患者是否为胆管损伤。

### 2.2 术后诊断

腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的术后诊断, 主要通过患者所表现出的体征情况来判定其是否有胆管受损, 比如患者术后腹痛、腹胀明显, 且伴有持续恶心呕吐、皮肤巩膜发黄等症状, 便可考虑是胆管受损所致; 除此之外, 如果患者上腹部压痛、反跳痛, 或者经检查发现血白细胞计数与中性粒细胞比例高于正常值、肝功能持续异变, 这都属于胆管损伤的征象。若患者腹腔引流管、切口处有胆汁渗出, B 超检查提示腹腔积液, 胆管成像检查胆管有中断、胆总管无法清楚显示等情况时, 几乎可以判定是胆管损伤。

## 3 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的应对措施

### 3.1 尽早发现, 尽早处理

对于腹腔镜胆囊切除术胆管损伤, 应秉持超前预防和早发现、早治疗的基本原则, 一旦术中发现胆管损伤, 便要根据现场实际情况予以专业处理。比如患者小胆管胆漏, 需及时结扎、缝扎; 患者部分肝胆管壁有损伤, 迅速修补并安置“T”管支撑; 患者肝胆管损伤较大, 立即做胆管-空肠 Roux-en-Y 吻合术。无论采取哪种方法治疗补救患者受损胆管时, 都需行合理部署引流管。

### 3.2 科学预防, 有效规避

最好的治疗即预防, 针对腹腔镜胆囊切除术胆管损伤, 应尽可能降低甚至规避其发生风险, 所以临床实践期间, 外科医师必须不断强化自身综合专业素质, 树立良好的责任感, 持续提高自身腹腔镜技术水平, 深化解剖认知, 谨防解剖认知不足导致患者胆管受损的状况发生。术前全方位借助超声、影像学检查, 科学评估手术流程和手术难度, 术中精准判定患者肝总管、胆总管、胆囊管三角区解剖关系, 从而达到降低患者胆管损伤发生率的目的。除此之外, 腹腔镜胆囊切除术期间发生炎性水肿、出血、解剖不清等异常现象时, 必须立即转开腹修补救治, 此时中转开腹并不代表腹腔镜胆囊切除术失败, 而是旨在防护患者胆管损伤。若标本离体, 医师也要尽快全面对其做实时分析, 观测其是否粘连有管道组织, 根据标准规章, 及时为患者布设引流管, 以确保第一时间检测术后患者是否有胆漏等胆管损伤征象。

总之, 对于腹腔镜胆囊切除术胆管损伤, 尽早发现、尽早治疗对于提高患者预后水平意义重大, 这也是大幅降低腹腔镜胆囊切除术患者致残、致病、致死风险的关键途径。本文通过对腹腔镜胆囊切除术引发胆管损伤的原因, 以及腹腔镜胆囊切除术胆管损伤诊断依据方面的科普分析, 以期让更多的人能够了解该疾患的原理与特征, 认识该疾患最佳应对方式即尽可能预防其发生, 在此基础上坚持早发现、早治疗原则, 保障腹腔镜胆囊切除术中出现任何情况时, 医师都可准确做出科学、正确的处理决定, 以此使每位腹腔镜胆囊切除术患者都能够得到有效治疗。