

肝胆手术后并发胆漏的诊断和疗效分析

何飞

(新疆省库尔勒市第二师库尔勒医院 普外二科 新疆库尔勒 841000)

摘要: 目的: 探讨肝胆手术后并发胆漏的诊断和疗效。方法: 选取 2019.1~2022.5 期间我院收治的 48 例肝胆手术后并发胆漏患者, 回顾患者的临床资料, 分析胆漏发生原因、诊断及治疗等。结果: 48 例患者治愈 30 例 (62.50%), 有效 16 例 (33.33%), 无效 2 例 (4.16%), 治疗总有效率为 95.83%, 48 例患者未出现败血症、肝功能衰竭等并发症, 2 例出现膈下感染, 并发症发生率为 4.16%。结论: 肝胆手术后并发胆漏的诊断方法有多种, 包括症状表现、穿刺引流、超声检查、胆管造影等, 临床上应根据患者具体情况决定诊断方式, 及早诊断后根据患者情况实施保守治疗或手术治疗可有效改善预后, 降低并发症发生率, 同时临床上应注重肝胆手术后胆漏的预防, 通过预防减少对患者造成的不良影响。

关键词: 肝胆手术后并发胆漏; 诊断方法; 治疗方法; 治疗效果; 并发症

肝胆疾病是临床上常见的一类疾病, 发病率较高, 常见类型有病毒性肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝腺瘤、原发性肝癌、自身免疫性肝病、肝囊肿、肝脓肿、肝血管瘤、转移性肝癌、局灶性结节增生、胆囊结石、肝脓肿、胆管炎、胆管癌、胆管癌、胆管癌、急性化脓性胆管炎、先天性胆道闭锁、先天性胆管扩张等, 多数肝胆疾病需行手术治疗, 肝胆手术虽具有显著效果, 但仍存在并发症发生风险^[1]。肝胆手术常见并发症有术后出血、胆漏、肝功能衰竭、胸腔积液、膈下积液感染、切口感染、肺部感染等, 其中胆漏十分常见^[2]。数据统计显示, 胆漏发生率约为 4.18%~50%, 胆漏若治疗不及时, 严重者可继发败血症、膈下感染、肝功能衰竭等, 进而危及到患者生命, 胆漏对患者生命安全造成了严重威胁, 故对胆漏进行准确诊断, 并及时采取治疗措施十分重要^[3-4]。本研究选取了 48 例肝胆手术后并发胆漏患者, 回顾性分析其临床资料, 总结了肝胆手术后并发胆漏的诊断、治疗, 具体介绍如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2019.1~2022.5 期间我院收治的 48 例肝胆手术后并发胆漏患者, 男 26 例, 女 22 例, 年龄 23~74 岁, 平均 48.56 ± 8.78 岁。纳入标准: ①所有患者均行肝胆手术治疗; ②胆漏均经临床确诊; ③临床资料齐全; ④无其它并发症发生; ⑤同意参与研究。排除标准: ①脏器功能严重衰竭; ②哺乳期或妊娠期女性; ③合并精神障碍; ④合并传染性疾病; ⑤合并严重感染; ⑥中途退出研究。

1.2 方法

收集患者临床资料, 分析、总结胆漏诊断及治疗方法, 具体如下:

1.2.1 诊断方法。 诊断胆漏的方法有多种, 患者临床症状体征主要为发热、白细胞技术增高、腹胀、腹痛、黄疸等, 可为胆漏的诊断提供一定依据, 术后腹腔引流管引出胆汁, 是诊断肝胆手术后胆漏的重要依据, 通常在术后 2~3d 内引流出胆汁与渗血混合液体, 床旁超声可及时了解膈下及肝断面是否存在积液, 定位下腹腔穿刺抽出胆汁样液体可证实胆漏存在, 胆管造影不仅可明确诊断, 并且有利于了解胆道情况、胆漏部位, 可使用 T 管造影或经内窥镜逆行胰胆管造影 (ERCP), 10d 左右瘘管形成后, 也可通过瘘管造影对瘘管走行、形态、胆漏部位、胆管等进行了解, 临床上应根据患者具体情况选择适宜的诊断方式, 若患者在肝胆手术后 3~7d 内, 引流量未见减少或有增加, 结合临床症状便可判断胆漏发生, 在此基础上再进一步结合 B 超检查确诊, 对于较难确诊的患者, 视情况实施超声定位下穿刺以及 ERCP 或 T 管造影。此次研究中 150 例患者胆汁引流量均较多, 结合临床症状、胆汁引流量、B 超等确诊为胆漏。

1.2.2 治疗方法。 首选保守治疗, 调整患者腹腔引流管位置, 保持原有引流管通畅, 或经腹腔引流管窦道将胃管、导尿管等置入, 保持引流通畅, 肝断面处小的胆漏一般经过通畅引流可自行闭合, 采用动态 B 超观察腹腔内积液量, 若积液量较多, 且引流不畅时, 也可采用 B 超引导下穿刺置管引流, 实施保守治疗时注意, 患者取半卧位, 以防胆汁积聚于膈下, 患者禁食, 加强抗感染、营养支持、防治并发症治疗, 同时密切监测患者病情变化, 监测引流量, 发现异常及时处理, 并为患者提供积极、全面、有效的护理。对于以下情况则考虑手术治疗: ①术中有修补不当的胆道损伤, 早期出现弥

漫性胆汁性腹膜炎, 这类患者应及早剖腹探查, 手术治疗时需充分引流腹腔, 并仔细寻找漏口, 缝扎或结扎胆管残端, 对损伤进行修补; ②胆漏经久不愈, 每日胆汁引流量多达数百毫升, 该情况提示胆管下端引流不畅或胆道漏口, 对于这类患者, 也应采取手术治疗。

1.3 观察指标

治疗结束后, 评价本组 48 例患者的治疗效果、并发症发生率, 并对数据作以分析。治疗效果评价标准^[5]: 患者症状消失, B 超或 CT 检查结果示患者胆总管恢复通畅, 肝下无积液, 未出现并发症为治愈; 症状基本消失或显著缓解, 胆总管基本通畅, 肝下积液极少为有效; 未满足以上标准为无效, 统计总有效率, 总有效率=(显效+有效)/总例数 × 100.00%。胆漏常见并发症有败血症、膈下感染、肝功能衰竭等, 观察并统计患者并发症发生情况。

2 结果

48 例患者治愈 30 例 (62.50%), 有效 16 例 (33.33%), 无效 2 例 (4.16%), 治疗总有效率为 95.83%, 48 例患者未出现败血症、肝功能衰竭等并发症, 2 例出现膈下感染, 并发症发生率为 4.16%。

3 讨论

肝胆手术是现临床上治疗多数肝胆疾病的常用方法, 该手术虽具有较为显著的效果, 但仍不可避免的会出现并发症, 胆漏是多种并发症中常见的一种, 胆漏是指胆汁或者含有胆汁的液体持续通过非正常途径流出, 发生率较高^[6]。肝胆手术后胆漏的常见原因主要有以下几个方面: (1) 术中遗漏结扎肝切面胆管断端或结扎线脱落; (2) 医源性胆道损伤, 术中未能发现或虽然发现但修补方法不当; (3) 术中结石未取尽, 再次致胆道梗阻或 T 管引流不畅, 胆道内压增高; (4) 肝断面组织坏死脱落^[7]。胆漏患者临床症状多以发热、腹痛为主, 部分患者可出现白细胞升高、血小板降低, 反复畏寒发热, 少数患者可出现黄疸、腹胀、胆汁性腹水等^[8]。胆漏若治疗不及时, 将诱发腹膜炎, 甚至脓毒症、休克, 严重时可导致患者死亡^[9]。数据统计显示, 胆漏引起腹腔脓毒症的死亡率高达 40%~50%, 再次手术的死亡率高达 37.5%^[10]。胆漏对患者造成的危害十分严重, 故需及早诊断并积极治疗, 及早采取治疗可有效改善预后, 减轻胆漏对患者造成的不良影响^[11]。

现临床上治疗肝胆手术后胆漏的方法较多, 主要有保守治疗、手术治疗等, 其中保守治疗主要有调整引流、穿刺置管引流、禁食、抗感染、营养支持、防治并发症等治疗, 其中调整引流、穿刺置管引流等可确保引流通畅, 通过及时将胆汁引流流出体外而发挥治疗作用, 抗感染可有效预防感染发生, 防治并发症可降低并发症发生率, 保守治疗具有微创或微创的优点, 现已成为术后胆漏治疗的首选方案, 只有在无条件或保守治疗无效时, 才考虑手术治疗^[12]。对于术中有修补不当的胆道损伤、早期出现弥漫性胆汁性腹膜炎患者以及胆漏经久不愈的患者应采取手术治疗, 手术可积极寻找漏口, 直接缝扎或结扎胆管残端, 修补损伤, 从而发挥良好的治疗作用^[13]。胆漏对患者造成的危害和不良影响较为严重, 临床上应重视肝胆手术后胆漏的预防, 手术操作需细致、熟练, 并严格遵循相应的外科原则, 术中操作时应注意以下几点: (1) 术中仔细解剖, 确保显露良好清晰, 正确辨认 Colot 三角结构, 避免误伤; (2) 肝断面及胆囊床胆漏, 用 8 字在疑似处缝扎, 或电灼封闭; (3) 结扎胆管囊管时应在距离胆总管 0.5cm 处行缝扎或双重结扎, 避免残端过短,

(下转第 72 页)

(上接第 63 页)

以防结扎脱落松动;(4)合理选择 T 管,确保 T 管外径小于胆总管内径,对短臂进行合理修剪,对胆总管进行细致缝合,缝合后注水检查有无胆漏,T 管以腹壁近距离引出^[14-15]。除了做好预防措施外,胆漏发生后的治疗也尤为重要,胆漏发生后应积极采取治疗措施,包括保持引流通畅、穿刺引流、预防控制感染、加强营养支持等,必要时行手术治疗,并密切监测患者病情变化,提供积极、全面、有效的护理^[16]。

此次结果显示,48 例患者治愈 30 例(62.50%),有效 16 例(33.33%),无效 2 例(4.16%),治疗总有效率为 95.83%,48 例患者未出现败血症、肝功能衰竭等并发症,2 例出现膈下感染,并发症发生率为 4.16%。可见及早做出诊断并采取积极治疗措施是显著有效的。

综上所述,肝胆手术后并发胆漏的诊断方法有多种,包括症状表现、穿刺引流、超声检查、胆管造影等,临床上应根据患者具体情况决定诊断方式,及早诊断后根据患者情况实施保守治疗或手术治疗可有效改善预后,降低并发症发生率,胆漏对患者造成的危害较为严重,发病原因较为复杂,为避免给患者造成影响,临床上应做好术后胆漏的预防,如提升手术操作熟练度、保持引流通畅等,对于已经发生胆漏的患者,应及时做出诊断,并及时采取积极有效的治疗方案,从而降低胆漏对患者的影响。

参考文献:

[1]肖玲,何坤,杨玉宇,周载平.肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗效果研究[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):66-67,70.

[2]Jia-Min Zhang, Shi-An Yu, Wei Shen and Zhang-Dong Zheng Jinhua Centre Hospital, Jinhua, China. Pathogenesis and treatment to postoperative bile leakage: report of 38 cases[J]. International Journal of Hepatobiliary and Pancreatic Diseases: English Edition, 2005, 000(3):441-444.

[3]吴刚.肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗的效果研究[J].中国保健营养,2018,28(31):109,111.

[4]李仕强,陈晓东,潘洪.肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗效果分析[J].医药前沿,2021,11(3):86-87.

[5]广峰,沈玉琴,聂磊.肝胆手术后并发胆漏的诊断和治疗效果分析[J].中国社区医师,2021,37(28):24-25.

[6]Tong-Hui Y U, Huang J S, Huang Y J. Diagnosis and treatment of biliary leakage after laparoscopic cholecystectomy: with a report of 34 cases[J]. Journal of Laparoscopic Surgery, 2012, 17(11):845-847.

[7]林海桥.肝胆外科手术并发胆漏临床原因分析及处理对策[J].世界最新医学信息文摘,2019, 000(4):2.

[8]张则才,吴涛,杨巧丽.肝胆外科手术胆漏原因分析及治疗策略分析[J].黑龙江医学,2018, 42(12):2.

[9]Kou Y B, Wang Y B, Qian X Z. Value of endoscopic nasobiliary drainage in diagnosis and treatment of delayed bile leakage after laparoscopic cholecystectomy[J]. Journal of Laparoscopic Surgery, 2009, 14(5):360-361.

[10]陈龙,李钺.肝切除术后并发症的危险因素及预测评分系统[J].临床肝胆病杂志,2019, 35(1):5.

[11]毛海香,朱杰,张斌,等.腹腔镜胆总管一期分层缝合减少术后胆漏的临床观察[J].肝胆胰外科杂志,2019, 31(2):4.

[12]闫峰,孙成岗,姜政昊.肝胆术后胆漏发生原因以及临床防治措施探讨[J].中国保健营养,2020,30(35):152.

[13]李洁秀,翟艳云,姚楚丽,等.对于肝胆手术后胆漏并发症患者的护理分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020, 5(36): 64,76.

[14]俸家伟.60 例肝胆外科患者术后并发胆漏原因分析及临床防治对策[J].系统医学,2019, 4(18):3.

[15]蒋军义.肝胆手术后胆漏形成腹腔积液行超声引导下经皮腹腔穿刺置管引流术治疗研究[J].家庭医药,2018, 000(001):89.

[16]张则才,吴涛,杨巧丽.肝胆外科手术胆漏原因分析及治疗策略分析[J].黑龙江医学,2018, 42(12):2.