

文章编号:1005-6947(2005)09-0715-02

· 临床报道 ·

腹腔镜胆总管探查术后拔 T 管胆漏的防治

沈汉斌, 郑启昌

(华中科技大学同济医学院附属协和医院 腹腔镜中心, 湖北 武汉 430022)

摘要: 回顾性分析 5 年间笔者收治的 8 例腹腔镜胆总管探查术后拔 T 管致胆漏患者的临床资料。全组均行非手术治疗。8 例中经原 T 管窦道置引流管 3 例;行胆道镜检查 5 例,其中加行十二指肠镜下置鼻胆管引流(ENBD)2 例,无死亡病例。提示该术式拔 T 管后致胆漏的原因与患者的全身情况及术中、术后细小环节的技术处理是否严格规范有关;应视胆漏大小、病情轻重选择治疗措施;预防应从消除原因着手。

关键词: 胆瘘/预防和控制;胆囊切除术,腹腔镜;胆总管/外科学

中图分类号: R657.4 **文献标识码:** B

在微创外科时代,腹腔镜胆囊切除术(LC)已成为治疗胆囊结石的首选术式;也将逐步成为胆总管结石治疗的首

选术式^[1]。本院于 1998 年 7 月~2003 年 7 月对 168 例胆囊结石合并胆总管结石者施行 LC 及胆总管切开联合胆道镜取石术,其中有 8 例拔除 T 管后出现漏胆。

据 1996~2001 年间国内共有 37 篇相关报道,胆漏的患病率为 0.78%~10.00%^[2,3]。本组发病率为 4.76%,与开腹手术相比并无差异。笔者对该 8 例胆漏患者的临床资料进行分析,旨在探讨其发生原因、诊断、预防和治疗原则。

收稿日期:2004-12-21; **修订日期:**2005-07-04。

作者简介: 沈汉斌(1966-),男,湖北随州人,华中科技大学同济医学院附属协和医院(现在解放军第四七七医院)主治医师,主要从事肝胆及微创方面的研究。

通讯作者: 沈汉斌 电话:13627250648(手机); E-mail:shbsqj@yahoo.com.cn。

颈部淋巴结肿大的低危组患者,特别是对于原发病灶位于腺体边缘者,可考虑暂缓再次手术,但需定期跟踪残叶组织大小变化,并使用甲状腺素治疗,如残叶组织增大,及时再次手术^[2,3]。(3)对腺体外型或伴有颈淋巴结肿大者,除对原发灶的规范处理外,应附加功能性颈清手术。(4)原发病灶或转移灶均按规范处理后再出现颈部肿块者,应注意肿块性质,定期彩超随访,因为这部分患者大多经历了几次手术,再手术并发症相对较多、较严重;而且,颈部肿块有异物性肉芽肿等其它原因,而非真正的复发或转移灶。本组 1 例患者共行 4 次手术,其中后 2 次颈清手术后病检报告均为异物性肉芽肿,且第 4 次手术后出现创面渗血并伤口裂开等并发症。但如发现肿块有增大趋势应及时再次手术。(5)患侧腺叶切除术后对侧腺体中有 70%~80%可有癌残留^[4],但临床上若干年后仅有 2%~9%出现复发癌,多数长期处于隐匿状态,未见临床症状,一旦出现临床表现亦应按上述规范治疗,可获得根治机会。

原则上如需要再次手术,时间越早越好,但以往手术带来的组织水肿、粘连、解剖层次不清,容易造成喉返神经、甲状旁腺的医源性损伤。因此,笔者认为如首次手术只作部分切除、单纯肿块切除或没有作舌骨下肌群切除的,因水肿粘连范围小,可尽早手术(1 周左右);如果第 1 次手术范围大,为保证手术质量,最好服用甲状腺素治疗 1~2

个月后再手术,不宜超过 3 个月。为了减少再手术并发症的发生,在进入首次手术区域时,笔者采取经患侧胸锁乳突肌前缘的侧进路法,必要时结合正中入路,因侧面及背面粘连最少,手术时易于找到正常的解剖平面,出血少。同时要熟悉喉返神经最易操作的区域为喉返神经与甲状腺下动脉交叉处和喉返神经入喉处,分离时血管钳与神经走向一致。出血时切忌乱夹或大块钳夹,术中尽可能全程暴露喉返神经,保留后包膜是避免损伤喉返神经的主要措施。如发现喉返神经损伤应及时端端吻合,双侧喉返神经肿瘤浸润时应保留一侧喉返神经。防止甲状旁腺切除的关键是术中正确辨认,对切下的标本应常规检查,对可疑组织要认真辨认,如认为是甲状旁腺应将其种植于颈部肌肉中。

参考文献:

[1] 罗运生. 甲状腺癌误诊及再手术临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(10): 790-791.

[2] 蔡学宏, 宋天才, 王定成. 甲状腺结节的处理[J]. 中国厂矿医学杂志, 1998, 11(3): 192-193.

[3] 黄耿文, 杨连粤. 甲状腺癌的再手术治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(10): 589-590.

[4] 付逢吉, 王山成. 分化型甲状腺癌再手术 42 例分析[J]. 河南肿瘤学杂志, 1996, 9(6): 440-441.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组168例行腹腔镜下胆囊切除、胆总管切开联合胆道镜取石,术后有8例拔除T管后出现胆漏,其发生率为4.76%(8/168)。男3例,女5例;平均年龄56.5岁,<40岁者2例,40~60岁4例,>60岁2例。拔管时间为术后6~10周。拔管前8例皆经T管造影证实胆总管通畅,无残留结石。8例中有4例术中行液电碎石。

1.2 临床表现及诊断

8例患者在拔除T管后立即或30min以内出现右上腹疼痛,右肩背部牵拉痛;3例同时伴右上腹胀痛;1例24h内腹痛逐渐蔓延至右下腹,以至全腹。轻中度发热6例,高热2例。无1例出现黄疸。体查患者均有不同程度的局限性或全腹性腹膜刺激征。B超显示5例右上腹液性暗区,2例右下腹液性暗区,1例显示右上腹及下腹部积液。

2 治疗结果

2.1 治疗方法

3例拔除T管后即有右上腹疼痛、腹膜刺激征表现,穿刺抽得胆汁者,立即经原T管瘘道插入合适之导尿管(剪去尿管头,尖端侧面剪出2~3个侧孔),并采用右侧卧头高脚低位,以利胆汁引流。该3例患者引流胆汁量逐渐减少,1周内不再有胆汁流出,腹膜刺激征消失。B超检查显示积液量大及多部位者5例,立即经T管窦道行胆道镜检查,见4例胆漏部位在T管窦道与腹壁交接处,1例在T管与胆总管交界处有漏胆。找到窦道的破裂口,用胆道镜吸出漏出的胆汁,并行局部冲洗;随后在胆道镜的导丝引导下放置引流管。5例中2例因引流效果不佳,症状加重,故加行十二指肠镜下置鼻胆管引流(ENBD),并行内镜逆行性胆管胰管造影术(ERCP),见造影剂漏入腹腔,遂放置鼻胆管于肝门部。

2.2 结果

T管拔除后直接置引流管的3例胆漏患者,均治愈,住院时间7~14d;5例经胆道镜治疗的患者中2例腹膜炎症状和体征消失快,还有1例在引流7~10d后拔出引流管;2例经行ENBD治疗的患者,2周后经鼻胆管造影,证实胆漏已闭合,夹鼻胆管无异常后,拔出鼻胆管。全组均行非手术治疗而痊愈。

3 讨论

拔除T管后发生胆瘘有多种因素。笔者采取了预防措

施,如将拔管时间最多延长至10周;注意术中各种操作细节;拔管前常规T管造影和试夹管等,但胆漏仍未完全避免。多年来,多数国内外学者认为^[5],明确胆漏后应尽早手术治疗。Corbett等文献总结66例拔T管后胆漏,其中75%需再次手术,采用非手术治疗的25%其病死率为6%。Montesano^[6]则认为即使拔除T管后发生胆漏也不必马上手术,只要有效降低胆总管的压力,均能治疗胆漏。近年来,由于非手术治疗效果有了明显改善,且具有无创和微创的特点,拔T管致胆漏的治疗策略有了根本变化。

胆漏确诊后,最重要的是应根据胆漏大小及病情轻重选择非手术疗法及手术疗法。本组8例拔T管致胆漏初始均采用非手术治疗,疗效满意。但应注意以下情况:(1)尽早引流。对所有拔T管患者,均应严密观察,特别是拔管后30min内。本组8例患者均在发病后30min内置管;经及时治疗全部治愈。(2)导尿管置入的深度。根据胆道镜检所见,本组多数漏口位于T管窦道与腹壁交接处,因此,只要保证导尿管置入的深度超过窦道漏口,并见有胆汁引出即可。胆道镜具有检查和治疗的双重意义。行纤维胆道镜检查时可以明确胆漏的位置和大小,便于采取适当的治疗方法,避免盲目性。(3)如经导尿管引流效果不满意,而需行ENBD时,鼻胆管必须放置在T管窦道开口上方,鼻胆管远端置于左右肝管交界处;术后鼻胆管及窦道引流管均接持续负压吸引。ENBD术操作简易,并发症发生率及病死率低,特别对高龄、病重者更为合适。

参考文献:

- [1] 沈汉斌,卢小明,郑启昌,等.腹腔镜胆总管探查术的应用现状[J].中国临床医学,2004,11(3):296-297.
- [2] 李可为,施维锦.拔T管致胆漏腹膜炎发生的原因及防治[J].肝胆胰外科杂志,2002,14(3):182-184.
- [3] 陈斌,秦仁义,胡明彦,等.腹腔镜胆总管探查胆管一期缝合术[J].中国普通外科杂志,2002,11(10):581-583.
- [4] 张宝华,张永杰,张柏和,等.术后胆漏的综合处理[J].中国实用外科杂志,2002,22(2):106-107.
- [5] Corbett CRR. Bile peritonitis after removal of T-tubes from the common bile duct [J]. Br J Surg, 1986, 73(7):641-644.
- [6] Montesano G, Bezzi C, Turano R, et al. Lesions of the main bile duct: combined percutaneous-endoscopic treatment [J]. Ann Ital Chir, 1999,70(5):421-425.