

文章编号:1005-6947(2007)02-0197-02

· 临床报道 ·

# 延期 T 管拔除后胆瘘 10 例报告

张建平, 倪家连, 刘鲁岳

(济南军区总医院 肝胆外科, 山东 济南 250031)

**摘要:** 回顾性分析 10 例延期拔除 T 管后胆瘘患者的临床资料。因低蛋白、糖尿病及糖皮质激素应用致使 T 管窦道形成不良 6 例, 其中 3 例合并胆道局部病变; 拔管困难, 撕裂窦道壁 2 例; 原因不明 2 例。非手术治愈 8 例, 手术治愈 2 例, 无死亡病例。提示低蛋白、糖尿病等营养不良性或代谢性疾病及长期使用糖皮质激素是拔管后胆瘘的主要病因; T 管置放不当致损伤胆管是胆漏的另一重要原因。延长 T 管留置时间尚不能完全避免胆瘘的发生。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(2):197-198]

**关键词:** 胆结石/并发症; 胆瘘; 手术后并发症

**中图分类号:** R657.4 **文献标识码:** B

T 管拔除后胆瘘是经胆总管探查或治疗术后一种少见而严重的并发症, 可导致腹腔细菌性感染、胆汁性腹膜炎, 处理不当甚至危及患者生命。我院自 2000 年以来采用延期拔除 T 管 322 例, 但仍有 10 例患者发生胆瘘, 现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 7 例, 女 3 例; 年龄 27 ~ 80 (平均 65.6) 岁, 70 岁以上者 6 例。胆囊结石、胆总管扩张 1 例, 胆总管结石 2 例, 胆囊结石、胆总管结石 3 例, 急性梗阻性化脓性胆管炎、胆总管结石 1 例, 肝内外胆管多发性结石 2 例, 原位肝移植 1 例。均行胆总管切开、T 管(湛江产硅处理乳胶管)引流术。术后合并贫血、低蛋白血症 1 例, 白蛋白 28.6g/L; 糖尿病史 4 例, 血糖 8.9 ~ 15.4 mmol/L; 左肝管片状寄生虫感染 1 例; 术后使用糖皮质激素 2 例, 使用时间分别为 8d 和 180d。拔管时间 28 ~ 42d 8 例, 92d 1 例, 185d 1 例(肝移植患者)。拔管前均行夹管试验及 1 ~ 2 次 T 管造影, 7 例显示胆道无异常, 2 例十二指肠乳头呈轻度炎性狭窄, 1 例胆总管下端狭窄。

### 1.2 诊断与治疗措施

8 例于 T 管拔除后 15 min 内出现右上腹痛、恶心、出冷汗, 1 例伴有胸部及右肩背部放射痛; 另 2 例于拔管后 3h 内出现右上腹痛、发热和白细胞的升高。5 例有局限性腹膜炎, 2 例弥漫性腹膜炎。6 例行腹部 B 超检查, 1 例显示胆囊窝积液, 3 例见肝肾隐窝及右髂窝积液。8 例行腹腔穿刺, 5 例抽出胆汁性渗液。

10 例患者确诊为胆瘘后即行禁食、抗感染、解痉、镇痛等治疗。其中 2 例行 B 超引导下腹腔穿刺抽液; 4 例经 T 管窦道再次置入多侧孔的橡胶导尿管引流胆汁; 1 例行鼻胆管引流; 2 例中转手术。术中发现: 1 例漏口位于胆总管壁与窦道交界处, 行漏口处置管并腹腔引流; 1 例窦道形成不全, 重置 T 管并行腹腔引流。

## 2 结果

本组因低蛋白、糖尿病等合并症及使用糖皮质激素使 T 管窦道形成不良者 6 例; 6 例中 3 例合并胆道局部病变。2 例为胆总管切口缝合过密, 致使拔管困难, 撕裂窦道壁。2 例原因不明。经非手术治愈 8 例, 胆瘘治疗时间 3 ~ 16d, 窦道留置尿管引流 2 ~ 11 d, 平均 5.5d, 鼻胆管引流 12d; 手术治愈 2 例, 无死亡病例。随访 6 个月至 3 年, 8 例临床预后良好; 1 例因缩窄性乳头炎行经内镜十二指肠乳头括约肌切开术(EST); 1 例因胆管狭窄行球囊扩张术。

## 3 讨论

一般认为, 胆总管切开探查后应常规放置 T 管引流。术后 2 周由于组织的增生性修复, T 管周围与腹腔可形成完整的隔离的窦道, 若 T 管造影正常, 经试夹管 2 ~ 3 d 后即可拔除 T 管。但受 T 管窦道形成不良等因素的影响, 拔管后时有胆漏发生, 严重者甚至须手术重置 T 管和腹腔引流, 文献<sup>[1-3]</sup>报道拔 T 管所致胆漏发病率为 1% ~ 7.9%, 且随年代推移呈上升趋势。T 管窦道形成受到患者全身性、腹腔局部及 T 管本身等诸多因素的影响。本组显示, 老龄(>70 岁)及低蛋白、糖尿病等营养不良性疾病和长期使用糖皮质激素是拔管后胆瘘的主要病因, 特别是反复胆道感染患者存在不同程度的乳头炎症或狭窄, 拔管后腹壁肌肉的收缩和/或继发的括约肌痉挛, 使胆道压升高, 导致胆漏发生。置放 T 管时 T 管两短臂过长及胆管壁切口缝合过于严密, 致使术后拔管阻力增加, 从而胆总管缝合处撕裂伤,

收稿日期:2006-05-19; 修订日期:2006-12-18。

**作者简介:** 张建平, 男, 山东平原人, 济南军区总医院主治医师, 主要从事肝胆胰疾病基础与临床方面的研究。

**通讯作者:** 张建平 E-mail: zhangjianping96@126.com。

文章编号:1005-6947(2007)02-0198-02

· 临床报道 ·

## B超引导下穿刺置管引流治疗术后胆瘘的临床运用

吴庆华, 刘玉祥, 蔡忠兵, 王赭, 何小军

(武警上海总队医院 外一科, 上海 201103)

**摘要:**笔者近4年多来运用B超引导下经皮深静脉导管腹腔穿刺引流治疗8例术后胆瘘患者。其中7例患者经穿刺后充分引流治愈;1例患者同时行胆总管内支架置入术后病情恶化死亡。提示经皮深静脉导管穿刺引流对术后“意外”胆瘘患者治疗效果可靠。 [中国普通外科杂志, 2007, 16(2):198-199]

**关键词:**胆瘘/治疗; 导管, 留置; 腹膜炎, 胆汁性

**中图分类号:**R657.4 **文献标识码:**B

术后胆瘘为胆道手术后常见并发症,其中因未行预防性术中置腹腔引流管或因拔管后所致的胆瘘处理较为棘手。我院2003年始采用B超引导下经皮以深静脉穿刺引流治疗8例胆瘘患者效果满意,现报道如下。

**收稿日期:**2006-05-31; **修订日期:**2006-10-20。

**作者简介:**吴庆华,男,上海人,武警上海总队医院主治医师,主要从事胃肠肝胆外科方面的研究。

**通讯作者:**吴庆华 E-mail:wqh007\_007@sohu.com

也是胆瘘的重要原因。T管材料质量及其腹腔内走行长度、大网膜有无包裹和拔管技巧与胆漏的发生也有一定的相关性<sup>[4]</sup>。延期拔除T管被认为可以为患者全身性病理状态的纠正和窦道的充分形成提供时间,可防止胆瘘的发生。但本组患者均为延期拔管,胆瘘发病率高达3.1%(10/322)。有研究<sup>[2,3,5]</sup>证实,术后第3~9d 97%的T管窦道已完整形成,延期拔管或带T管出院不利于患者康复且仍有胆漏发生,拔管后经窦道重置橡胶尿管再引流可有效防止胆瘘。笔者认为,拔管后胆瘘是多种病理因素综合所致,单纯延长T管留置时间可能使部分患者受益,而不能完全避免胆瘘的发生。强调延期拔管应注意对全身性疾病积极、有效的治疗;留置T管的短臂应修剪到短而窄,长臂在腹腔内走行距离应直而短,使手术后窦道形成牢固,拔管时不易撕裂胆管及窦道壁;术后2周拔管对绝大多数患者是安全的,老年合并营养不良性疾病者可适度延迟拔管时间;对胆瘘高危发生患者可试行拔管后即刻窦道内重置相应长度橡胶尿管引流胆汁,后分次外拔,直至完全拔除;近年拔管后胆瘘发病率呈上升趋势的原因有待深入研究。

T管拔除后胆瘘的处理应首选非手术治疗,包括取半卧位、禁食、抗感染和经T管窦道置入多侧孔尿管或经鼻胆管引流胆汁等。尿管置入时机应尽量早,长度应以腹腔内T管的走行长度为参考,尽量将其前端置入漏口近端,做

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

本组男6例,女2例;年龄31~87岁,中位年龄61岁。其中3例发生于坏疽性胆囊炎行LC术后,1例为化脓性胆囊炎行OC术后,此4例术中均未置腹腔引流管;1例为肝左外叶切除术后3d拔除腹腔引流管、术后1周发现胆瘘;1例为胆道探查术后3d T管自行拔出;2例为胆道术后1个月T管拔除后。8例患者均有明显腹痛及弥漫性腹膜炎体征,均经腹部B超确诊。

到引流胆汁,减少胆汁渗漏入腹腔。若腹腔内形成局限性包裹性积液可在B超引导下经皮穿刺抽液或置管引流。本组非手术治愈8例,治愈率为80%。非手术治疗时,应严密观察腹部体征,B超动态观察腹腔内积液穿刺效果及穿刺液性状,必要时行多次穿刺或多点置管引流;腹膜炎的临床表现有加重或有扩散趋势则及时行手术治疗,以避免感染扩散形成后期腹腔脓肿。手术以清理腹腔渗漏胆汁及充分引流腹腔为原则。胆总管局部粘连轻,易于显露胆管壁切口时可重置T管;否则,不必强行分离粘连和重置T管,只要彻底引流腹腔渗漏的胆汁即可。

#### 参考文献:

- [1] 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.
- [2] 王学志,武西国,薛永寿,等.T管拔除后胆漏31例分析[J].中国实用外科杂志,1994,14(6):361.
- [3] 赵建国,全卓勇,张应天.T管拔除后胆漏的预防[J].腹部外科,2003,(16)3:149-150.
- [4] 张新朝.T管拔管后胆漏腹膜炎16例分析[J].中国普通外科杂志,2003,12(2):156-157.
- [5] 吕云福,董永红,黄海.T管窦道形成时间的临床研究意义[J].中华肝胆外科杂志,2004,10(4):279-280.