

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^[4]。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^[2,3,5]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.

1.2 治疗过程

8例患者确诊后即行穿刺引流治疗。所选引流管为箭牌双腔深静脉导管。操作于床旁进行,术前排空膀胱或留置尿管;患者取半卧位,B超定位,局麻后经腹壁(多位于耻骨结节外上方、B超提示膀胱旁;腹腔胆汁多者可加行右上腹穿刺引流)穿刺抽及胆汁(胆汁送细菌培养)后,导丝引导下置入深静脉导管,双腔管1根外接引流袋,另1根夹闭。术后嘱患者保持半卧位。

2 结果

7例患者经穿刺引流后均能保持引流管通畅,加强抗感染、补充水电解质治疗,每日行床旁B超检查了解腹腔内胆汁量变化。LC及OC术后3例患者置管4d后胆汁吸收拔除深静脉导管;4例患者于置管后15d反复B超证实无腹腔内胆汁潴留后拔管;7例痊愈出院,门诊随访半年以上无病情反复。另1例坏疽性胆囊炎患者行LC术后2d出现右上腹痛伴黄疸,经B超证实为胆囊管钛夹部分脱落。即于B超引导下下行右下腹、右上腹2处导管穿刺引流治疗,引流通畅后腹痛、黄疸明显缓解;术后7d胆汁清黄,24h引流量约300mL,予以行内镜下胆总管支架置入术;术后发热、黄疸、腹痛反复,术后14d出现胆道出血症状,行急症剖腹探查证实为胆道支架穿破胆总管外1cm,肝门部血管出血,术中解剖肝门部致大出血死亡。

3 讨论

术后胆瘘多发生于胆道术后3d以内^[1],可来源于:(1)肝创面胆管瘘;(2)胆囊管残株瘘;(3)胆囊床胆管瘘;(4)胆总管置T管后瘘;(5)拔T管后胆瘘;(6)胆肠吻合口瘘;(7)胆管损伤后瘘^[2]等。本组患者胆瘘病因不一,但均在出现明确胆汁性腹膜炎表现时无腹腔充分引流的措施。临床上对术后胆瘘因常不能明确判断胆瘘病因及预计病情发展情况而相应的手术指征及时机的把握较困难。因患者主诉症状重、体征明显及家属的干预,往往仓促再次行手术探查,而患者早期腹腔内组织水肿明显,即使明确胆瘘处亦不易处理,存在有导致术中周围脏器损伤、术后再发胆瘘等并发症的危险,再次手术病死率可高达37.5%^[2]。故目前临床上多趋向于根据患者具体情况决定治疗方案。而先行经皮腹腔穿刺引流治疗作为观察病情及治疗的手段常为行之有效的办法。而退一步的配合内镜下鼻胆管引流(ENBD)对较多胆道术后胆瘘患者也有较好疗效^[3-4]。本组以双腔深静脉导管代替硅胶管,有穿刺简单、安全、创伤小,腹腔内导管位置较易掌握、不易堵塞等优点。

穿刺引流术前均需明确病情为早期胆汁性腹膜炎

(72h以内为宜),B超一般能明确探及“胆汁湖”的深度。操作中注意动作轻柔,防止暴力穿刺致穿刺针损伤腹腔内脏器。本组行穿刺部位均位于下腹部、耻骨结节外上方,考虑此部位半卧位胆汁积聚多、损伤周围脏器可能性小、术后导管被网膜包裹机率小。穿刺后导管自行引流为虹吸作用,一般不行直接注射器抽吸,因其反而会堵塞可能。术后胃肠减压、加强水电解质摄入及根据药敏结果调整抗生素运用。置管后必须监测引流液情况,每日行B超检查。术后24h一般引流量最多(引流液多者可至1000mL以上),腹痛症状缓解较明显。若引流量持续量少、腹痛症状无缓解,必须注意引流管是否通畅及有无其他合并症。可以指压导管测试引流是否通畅,若确系导管堵塞,可于双腔管夹闭管口注射少量生理盐水,后均能自行引流。若引流通畅而患者症状无缓解甚至发热、黄疸、呕吐、腹痛、腹胀症状加重,则退一步考虑手术治疗或配合ENBD治疗;而对于术后胆瘘行置管引流治疗后再行手术治疗与早期即行手术治疗的疗效比较目前尚待进一步积累病例比较。本组1例死亡患者其死亡直接原因固然为胆道支架穿破胆总管、诱发及加重胆道感染、出血所致,但在及时行腹腔穿刺引流稳定病情后选择ERCP的时机与选择鼻胆管引流或支架置入的把握上亦需商榷。对于胆汁性腹膜炎病程较长甚或合并化脓性腹膜炎后,理论上行本方法置管易致管腔堵塞、引流及治疗效果欠佳,亦需待进一步积累临床病例资料验证。T管早期拔除者需根据术中胆道情况并结合患者术后一般情况决定是否行穿刺引流治疗;本组1例为87岁老年患者,胆道探查术中证实胆总管直径20mm,考虑T管自行拔出后胆道狭窄可能性小并结合患者实际情况乃决定行穿刺引流治疗。

B超引导下经皮深静脉导管腹腔穿刺引流治疗术后早期的及拔管后发生的胆瘘效果确切,可作为临床术后“意外”胆瘘早期治疗的首选方案。

参考文献:

- [1] 张宝华,张永杰,姜小清,等. 术后胆漏的原因分析[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(8):628-629.
- [2] 罗祥基,张永杰. 术后胆漏采用介入治疗还是再手术[J]. 肝胆外科杂志,2005,13(5):324-325.
- [3] Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, et al. The role of endoscopic treatment in postoperative bile leaks[J]. Hepatogastro-enterology, 2006,53(68):166-170.
- [4] 庄宝雄,谢义明,余德刚,等. 内镜下鼻胆管引流治疗胆囊切除术后胆漏的临床观察[J]. 中国普通外科杂志,2005,14(9):717-718.