

文章编号:1005-6947(2005)08-0573-04

·胆道外科专题研究·

胆肠吻合不放支撑引流管的临床研究

范作升¹, 李杰², 李兆然¹, 居建华¹, 杜守业¹, 王亮¹

(1. 山东省高密市人民医院 普通外科, 山东 高密 261500; 2. 山东省千佛山医院 肝胆外科, 山东 济南 250012)

摘要:目的 探讨胆肠吻合不放支撑引流管的可行性。方法 比较52例高位胆管空肠吻合不放支撑引流管患者(A组)和56例放置支撑引流管患者(B组)的临床治疗恢复过程、术后随访和再手术情况。结果 A组的胆瘘发生率为5.8%(3/52), B组为3.6%(2/56), 两者差异无显著性($P > 0.05$); 禁食、治疗用药和住院时间A组较B组短($P < 0.01$); 术后感染并发症和水电紊乱A组较B组低($P < 0.05$)。术后随访A组和B组的胆管炎发作、结石再发、腹腔粘连和再次手术分别为4.4%, 20.4% ($P < 0.05$); 2.2%, 8.16% ($P > 0.05$); 4.4%, 20.4% ($P < 0.05$); 2.2%, 16.3% ($P < 0.05$)。B组的8例再手术中有4例再发结石, 5例次胆肠吻合口炎性增生、硬化。结论 改进和提高胆肠吻合技术, 不放支撑引流管是安全、可行的, 且术后并发症少, 恢复快, 近远期疗效佳, 患者易接受。

关键词:胆管肠吻合术; 引流术; 对比研究

中图分类号: R657.4; R615

文献标识码: A

Clinical research on cholangioenterostomy without stent tube drainage

FAN Zuo-sheng¹, LI Jie², LI Zhao-ran¹, JU Jian-hua¹, DU Shou-ye¹, WANG Liang¹

(1. Department of General Surgery, The People's Hospital of Gaomi City, Gaomi, Shandong 261500, China; 2. Department of Hepatobiliary Surgery, Qianfushan Hospital, Jinan 250012, China)

Abstract: **Objective** To investigate the feasibility of cholangioenterostomy without stent tube drainage. **Methods** In this study 52 cases anastomosed without stent tube drainage (group A) and 56 cases with stent tube drainage (control, group B) were included. The patients' course of therapy and recovery, postoperative follow-up and reoperation were compared between group A and B. **Results** The rate of bile leakage was 5.8% (3/52) in group A and 3.6% (2/56) in group B, respectively, which was not significant ($P > 0.05$). In group A the length of time of fasting, use of drug therapy and hospital stay of patients was significantly shorter ($P < 0.01$) and the postoperative complications were lower ($P < 0.05$) than those in group B. On postoperative follow-up, the rates of biliary infection, recurrence of gallstone, adhesions and reoperation of group A and B were 4.4% and 20.4% ($P < 0.05$), 2.2% and 8.16% ($P > 0.05$), 4.4% and 20.4% ($P < 0.05$), 2.2% and 16.3% ($P < 0.05$), respectively. In group B there were 8 reoperated cases, of which 4 cases had recurrent gallstones, and 5 cases had inflammatory hyperplasia and sclerosis of the anastomosis. **Conclusions** Cholangioenterostomy without stent tube drainage, and with improvement in technique of anastomosis is safe and effective. This method has less postoperative complications, faster recovery and satisfactory long-results and is easily accepted by patients.

Key words: Cholangioenterostomy; Drainage; Comparative Study

CLC number: R657.4; R615

Document code: A

胆道疾患特别是高位胆管病变在行病灶切除

基金项目:山东省科技厅医学研究基金立项课题(2001BB1BGB1)。

收稿日期:2005-01-28; **修订日期:**2005-07-08。

作者简介:范作升(1955-),男,山东高密人,山东省高密市人民医院主任医师,主要从事胆道外科方面的研究。

通讯作者:范作升 电话:0536-2313929; E-mail: laoju168@sina.com。

后的胆肠吻合术中,为预防胆瘘及吻合口狭窄的发生,传统的术式多在吻合口放置一引流管支撑引流。近年对这一传统做法已引起有关学者的怀疑^[1]。自1998年1月~2000年12月,笔者实施了胆肠吻合不放支撑引流管的做法,并与同期传统放置支撑引流管的60例进行对比研究。经临床观察和随访,前者效果满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

选择需做高位胆肠吻合又无胆道手术史的肝胆管结石(含伴肝外胆道结石)、肝门胆管癌和胆总管囊肿患者120例,随机分为不放支撑引流管组

(A组)和放置支撑引流管组(B组)各60例。经实施手术后剔除未完成胆肠吻合和结石残留者,A组剩52例,B组剩56例。两组的性别、年龄分布、临床诊断、手术方式及合并症等临床资料及其影响因素经均衡性检验差异均无显著性($P > 0.05$)(表1)。

表1 两组患者临床资料比较(例数)

组别	年龄(岁)	性别		诊断			合并症				手术方式		
		男	女	肝胆管 结石	肝门胆 管癌	胆总管 囊肿	糖尿病	心脑血管 管病	营养 不良	其他	单口胆 管吻合	双口胆 管吻合	伴肝叶 段切除
A组													
(n=52)	52±13	25	27	35	14	3	6	9	6	4	44	8	8
B组													
(n=56)	51±14	26	30	38	13	5	8	10	6	5	47	9	11
t/χ^2 值	$t=0.376$	$\chi^2=0.029$		$\chi^2=0.508$			$\chi^2=0.151$				$\chi^2=0.241$		
P值	>0.05	>0.05		>0.05			>0.05				>0.05		

1.2 手术方式

两组手术方式除切除病灶不同外,全部均实施胆管-空肠 Roux-en-Y 吻合。A组胆肠吻合口采用黏膜对黏膜可吸收线间断单层吻合的方法,不放支撑引流管;B组采用传统的全层丝线对合缝合,经吻合口放置直型、T型及U型橡胶或硅胶支撑引流管。

1.3 观察指标

1.3.1 近期结果 对比两组临床治疗恢复的经过。设定的指标为:胆瘘、感染并发症(包括腹腔、引流管口、切口、肺部、泌尿道感染)和水电解质紊乱的发生率、输液、应用抗生素、禁食和住院时间等。

1.3.2 远期疗效 患者定期来院复查,包括面询、查体、B超、X线等,同时问卷调查。随访对比两组的胆管炎发生率、结石再发率(术后>半年发现结

石^[2])、再手术率和腹腔粘连(主要指有症状者X线和手术证实者)发生率等。

1.3.3 再手术所见 对比观察两组再手术所见的腹腔粘连、壁管增厚、炎性增生、吻合口狭窄、结石再生等情况。

本文数据符合正态分布,采用均数±标准差表示。统计学差异采用t检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床治疗恢复的经过

A组和B组胆瘘的发生率并无明显差异($P > 0.05$),而A组的感染并发症和水电解质紊乱的发生率明显低于B组,差异明显($P < 0.05$);A组禁食、治疗用药和住院时间远比B组为短($P < 0.01$)(表2)。

表2 两组临床治疗恢复过程比较

组别	n	禁食时间(d)	治疗用药时间(d) ¹⁾	住院时间(d)	胆瘘(%)	感染并发症(%) ²⁾	水电紊乱(%)
A	52	3±1.2	5±1.6	11±2.3	3(5.8)	3(5.8)	2(3.8)
B	56	4±1.6	7±2.2	19±4.1	2(3.6)	13(23.2)	10(17.6)
t/χ^2 值		$t=3.691$	$t=5.430$	$t=12.620$	$\chi^2=0.007$	$\chi^2=5.193$	$\chi^2=4.035$
P值		<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	<0.05	<0.05

注:1)治疗用药指补液,应用抗生素;2)感染并发症包括腹腔、引流管口、切口、肺部、泌尿道感染

2.2 术后随访

两组 108 例中完成随访 94 例,总随访率为 87.0%。随访时间为 3 年 8 个月至 6 年 7 个月,平均 5 年 1.5 月。A 组随访 45 例,随访率为 86.5% ;

B 组随访 49 例,随访率为 87.5%。随访结果见表 3。A 组的胆管炎发作、再手术和腹腔粘连的发生率明显低于 B 组 ($P < 0.05$) ; 结石再发率 A 组较 B 组为少,但差异无显著性 ($P > 0.05$)。

表 3 两组随访情况对比 ($n, %$)

组别	n	胆管炎发作	结石再发	腹腔粘连	再次手术
A	45	2 (4.44)	1 (2.22)	2 (4.44)	1 (2.22)
B	49	10 (20.41)	4 (8.16)	10 (20.41)	8 (16.33)
χ^2 值		$\chi^2 = 4.030$	$\chi^2 = 0.676$	$\chi^2 = 4.030$	$\chi^2 = 3.884$
P 值		< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 再手术所见

随访 94 例中,有 9 例进行了再次手术,其中 A 组 1 例 (2.2%), B 组 8 例 (16.3%), 两组再手术率差异明显 ($P < 0.05$)。A 组的 1 例手术为肝门胆管癌术后肝转移,术中见胆肠吻合口尚正常。B 组的 8 例手术分别为胆结石再发 4 例,粘连性肠梗阻 3 例,胆管癌复发 1 例。其中 4 例结石再发者均伴胆管炎。有 5 例胆肠吻合口炎性增生,管壁增厚,相对狭窄,周围炎性粘连,其中 1 例术中仍带管者,管周围炎性反应尤为突出。

3 讨论

多年来,国内外学者在行胆肠吻合特别是高位及窄小的胆管吻合时,往往常规放置支撑引流管,旨在防止胆瘘和吻合口狭窄的发生。其疗效如何?大量的临床实践表明,引流管在支撑引流防漏的同时,又给患者带来诸多不良后果,有时还适得其反。本院自 1998 年开始改进了缝合方法,即不放支撑引流管的做法,效果满意。

本组 A 组的胆瘘发生率与 B 组差异无显著性 (5.8% , 3.2% , $P > 0.05$), 说明做好胆肠吻合口的吻合,不放支撑引流管是安全可行的。相反,因放管操作费时,创伤加大,胆汁外流,对患者的生理干扰大,所带来的并发症如腹腔、引流管口、切口和泌尿系感染,水电解质紊乱等必然增多。同时因胆汁中体液、电解质和消化酶流失,胃肠蠕动恢复延迟,消化功能不足,导致进食时间拖后。特别是长时间带管 (2 周以上), 胆汁大量损失,并发症增多,输液和抗生素使用的时间明显延长,相伴随的住院时间和费用必然增多,本组结果证明了此点。

放置支撑引流管对预防吻合口狭窄的作用究竟如何?笔者对此进行了 3 ~ 6 年的随访 (包括再手术中观察)。其结果表明, B 组胆管炎发作、腹腔粘连和再手术率均比 A 组明显增多。支撑引流管作为一种体内异物,对机体的刺激是明显的,在体内引起腹腔粘连,吻合口炎性增生硬化,管壁增厚、管腔变窄^[5]。尤其术中仍带管者更明显。拔管后管口回缩狭窄更重,故有人提倡放置时间 > 6 个月或更长时间^[3,4]。但炎症反应持续存在或加重,或许不会减少胆道狭窄的发生^[5]。在王炳煌^[6]报道的 63 例医源性胆管狭窄的起因中,有 11 例系因胆道探查, T 管引流后期出现的狭窄。长期放置引流管还可增加胆管的纤维化;传统的缝合技术和材料则往往是导致狭窄发生的始动因素,且和 T 管刺激一并激发了炎性狭窄 - 胆管炎发作 - 结石再生的连锁反应;三者互为因果,促进了病情的进展,加之肠粘连使得再手术的几率增高^[7]。

本资料还说明不放支撑引流管术后并发症少,恢复快,近、远期疗效佳,患者易接受。周宁新等^[1]近些年的大量实践和王学志等^[8]对吻合口 > 1.5 cm 不放管的作法也得到了证实。吻合口漏与不漏取决于吻合口的病理、生理解剖基础,如组织活力和吻合口张力等,与缝合技术和材料选择也有关。传统的缝合材料炎性反应大,缝线处易形成溃疡且残留缝线易成为再发结石的核心;吻合时因层次对合不好,愈合差易漏,且吻合壁炎性反应瘢痕增厚导致狭窄。而黏膜对黏膜的可吸收线严密吻合可明显减少以上反应^[7]。支撑引流管对防漏能起到一定作用,但毕竟是被动的,辅助性的,且是有限的,其对术后预防狭窄也是可疑或是无用的。但可给患

者带来长时间的刺激、粘连、炎性狭窄、结石再发等不良影响,还有生活的不便和心理负担。对于术中确实存在吻合条件不良,缝合结果不满意,或胆管口径过小,不放管支撑难以吻合或吻合后阻塞影响胆汁流者,选择性放置支撑引流管也是必要的。

参考文献:

- [1] 周宁新. 对肝门部胆管癌根治切除手术方式的改进体会[J]. 中国实用外科杂志,1999,19(9):543-544.
- [2] 刘金纲,余云. 胆道术后残留结石及再生结石的内镜治疗[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(2):97-98.
- [3] 金晓波,丁敏勇,兰金耀,等. 胆肠吻合术后再手术的原因及处理[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(1):49-51.

- [4] 许龙堂,郑樟栋,陈凯,等. 胆总管探查后一期缝合的临床问题探讨[J]. 中华肝胆外科杂志,1998,37(1):31-33.
- [5] 姜从桥,钟如璜,杨永康,等. “T”管作支撑管预防胆肠吻合的狭窄[J]. 现代康复,1998,2(9):1122-1123.
- [6] 王炳煌. 医源性晚期胆管狭窄的起因和处理[J]. 肝胆外科杂志,1997,5(2):78-81.
- [7] 黄志强. 黄志强胆道外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1998. 493-500.
- [8] 王学志,庄钦影,张圣道. 医源性胆管狭窄33例外科治疗分析[J]. 中国实用外科杂志,1996,16(6):350-351.

文章编号:1005-6947(2005)08-0576-01

· 病例报告 ·

新生儿急性阑尾炎合并小肠梗阻 1 例

雷星, 白铁成

(陕西延安大学附属医院 普通外科, 陕西 延安 716000)

关键词: 阑尾炎; 急性病; 婴儿, 新生; 病例报告

中图分类号: R656.8 **文献标识码:** D

患者 男, 15d, 以“皮肤黄染 10 余天, 咳嗽 5d”入住我院小儿科。入院诊断为:(1)新生儿肺炎;(2)新生儿黄疸。经过消炎、退黄处理后病情缓解, 入院第 4 天出现呕吐数次, 呕吐物为胃内容物, 伴有哭闹, 排便 5~6 次, 量少。体查:腹部膨隆, 未见胃肠型及蠕动波, 腹肌软, 未触及具体包块, 移动性浊音阴性, 肠鸣音活跃, 音调亢进。白细胞 $12.58 \times 10^9/L$ 。腹部平片示:中上腹肠管扩张, 可见阶梯状排列的气液平面, 考虑肠梗阻。转入我科, 给予胃肠减压, 消炎, 输液等对症处理 2d, 症状未缓解, 肛门未排气排便。复查腹部平片示:可见阶梯状排列气液平面, 腰大肌及脂肪线欠

清晰, 遂行急诊手术, 取右下腹经腹直肌切口约 3cm 进腹, 打开腹腔后约 200mL 淡黄色渗液, 整个小肠扩张, 最宽约 3cm, 回盲部与侧腹膜粘连较著, 与末端回肠粘连形成机械性、不全性肠梗阻, 并回盲部形成脓肿, 切开脓肿后阑尾末端红肿, 被覆脓苔, 阑尾壁有一直径 0.3cm 穿孔, 切除阑尾, 考虑周围脓肿难以清除, 为防止术后梗阻难以缓解, 游离粘连回肠后, 距回盲部 5cm 处回肠做造瘘置橡皮引流管于麦氏点引出, 手术较顺利。术后予抗炎、输液治疗, 并每日输注血浆, 术后第 2 天造瘘管引流粪便约 50mL, 第 3 天肛门排便, 术后第 7 天切口皮肤感染, 予每日换药, 15d 带造瘘管出院, 1 月半后拔除造瘘管。

理及临床症状无特异性, 容易误诊误治有关。新生儿阑尾呈“漏斗型”, 根部较宽, 长度相对较短, 一般长度为 2.5~3.5cm 之间, 且新生儿常以奶汁为食, 取平卧位, 含有致病菌的食糜不能长期藏留于阑尾腔内, 因而新生儿不易患阑尾炎。新生儿阑尾壁薄, 滤泡增殖不明显, 大网膜发育不良, 包裹能力差, 一旦患阑尾炎, 易发生穿孔及腹膜炎, 加之腹肌发育差, 炎性物质易穿透腹壁, 导致腹壁红肿, 而无右下腹局限性压痛之特征, 极易误诊。新生儿阑尾炎罕见, 病情进展快, 全身情况严重, 容易发生阑尾穿孔, 病死率高。本病一旦确诊, 应及早手术, 行阑尾切除或腹腔引流。对可疑者也应及早剖腹探查, 以免延误病情。术后合理应用抗生素, 加强营养支持治疗, 是降低病死率的关键。

讨论 新生儿阑尾炎临床发生率仅占小儿阑尾炎的 0.04%, 而其病死率高达 50%~80%, 这主要与解剖病

收稿日期: 2005-06-25。

作者简介: 雷星(1979-), 男, 陕西洛川人, 陕西延安大学附属医院住院医师, 主要从事肝胆及胃肠方面的研究。

通讯作者: 雷星 电话:0911-2881229 (0); E-mail:leisaner@163.com。