经验交流

文章编号:1000-5404(2006)08-0862-02

T管拔除后胆汁性腹膜炎的处理体会

高 峰[1],李海民[2],呼延清[1],刘晓岗[1] ([1]延安大学附属医院普通外科,延安 716000;[2]第四军医大学西京医院肝胆外科,西安 710032)

在外科手术治疗胆道疾病时,经常在胆道中放置T管引流,拔T管后胆汁性腹膜炎时有发生,若处理不当,后果严重。我们于1995年7月至2005年7月拔T管引起胆汁性腹膜炎9例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组9例,男性3例,女性6例,年龄30~62岁。术前诊断胆囊结石并胆总管结石8例,胆总管结石合并化脓性梗阻性胆管炎1例,伴糖尿病1例,伴轻度肝硬化1例。9例均行胆总管探查、T管引流,所用T管均为橡胶管。拔管前T管造影显示胆总管远端通畅。拔管时间为置管后4~56 d。平均17 d,其中1例T管不慎术后8 d脱出。1例腹腔镜下胆管探查患者,56 d拔管后仍然出现胆汁性腹膜炎。医护人员误拔1例,误拔管时间在术后4 d。

1.2 临床表现

拔T管后突然出现全腹部疼痛4例,逐渐出现右上腹疼痛2例、右侧腹部疼痛3例。所有患者均有痛苦面容、不能平卧位、呻吟不止、腹肌紧张、压痛、反跳痛,5例伴有不同程度的发热、恶心、呕吐。2例保守患者出现轻度黄疸。诊断主要根据拔T管史,临床表现,胆道镜及B超检查。

1.3 治疗方法

患者出现腹痛时即予右侧卧位或半卧位,禁食水,胃肠减压,抗感染,补充水电解质及营养支持。同时从引流口重新置管,保持引流通畅,B超随访,若B超示腹腔有积液局限于肝下者重新调整引流管位置,盆腔有积液者,如果女性患者及可行后穹隆穿刺置管引流。本组5例女性患者给予后穹隆穿刺置16号球囊导尿管引流,置管通畅后气囊里注入生理盐水5~10 ml固定,会阴部胶布固定。如果导尿管插入失败或者插入置管后胆汁引流不满意,腹痛有所加重,出现寒战高热,B超示盆腔有积液的男性患者应该行手术治疗。手术以冲洗引流腹腔重新置T管外引流为准则,避免不必要的解剖游离,可自原切口重置T管,如未找到胆总管或胆总管原切口者,可行原T管瘘道或者单纯腹腔引流。术中腹腔冲洗一定要彻底。

2 结果

误拔T管1例术后第4天急诊手术重新置T管引流治愈;T管不慎脱出者亦急诊手术,术中由于粘连水肿,胆总管原切口无法辨认,肝下及窦道旁放置引流管引流,术后1个月拔管痊愈出院。腹腔镜下胆管探查1例,女性患者。术后56 d拔管出现腹膜炎,胆道镜检查后发现窦道缺如,急诊手术重新置入T管引流治愈。其余6例患者均保守治疗后腹痛消失,B超检查无腹腔积液后出院。全部患者均痊愈出院,随访3~5年,无胆道梗阻及狭窄情况发生。

3 讨论

T管拔除后胆汁性腹膜炎是一种少见的术后并发症,多与以下因素有关:T管窦道形成是一种增生性组织修复过程,胶原纤维一般在术后6~8 d增生,11~12 d可达高峰,形成窦道[1]。一般情况下,术后14 d拔管不会引起胆漏,但当患者合并有低蛋白血症、贫血、高龄、肝硬化、糖尿病等高危因素时都会影响其形成。因此加强围手术期处理非常重要;对于营养状况较差者,术前及术后应适当加强营养支持,尽可能延长拔管时间。

拔除T管后胆汁性腹膜炎究竟该行手术治疗还是保守治疗,各个医院都有自己的经验,一般认为,多数病例可经瘘道外口放置引流管,禁饮食胃肠减压,输液抗感染等保守措施而治愈。文献[2]报道在经瘘道外口放置引流管同时采用十二指肠镜放置鼻胆管引流治疗;这适用于开展十二指肠镜的医疗机构。而一些没有十二指肠镜的医院,我们主张对常规拔除T管后出现剧烈腹痛的女性患者可以考虑除经瘘道外口放置引流管外同时还可以使用后穹隆穿刺置管引流。本组6例保守治疗组中5例女性患者均采用本方法治愈。

常规拔除T管后胆汁性腹膜炎虽是胆道外科少见并发症,但处理不当可致严重后果,因此其预防措施显得尤其重要我们认为首先T管放置好后最好在肝十二指肠间与肋缘下路径最短、最直的路线从腹壁引出,这样拔管比较容易拔除,同时也不易破坏窦道管壁,如果拔管出现问题也容易重新置管,另外术后常规将大网膜置T型管、胆总管切口周围。其次拔管时操作应轻柔,切忌强力拔除,凡士林纱条应顺窦道填入,不宜过多、过紧、过深,切勿暴力填塞,暴力填塞常常导致窦道的完整性破坏。如在拔管遇到较大阻力不易拔出时,用力不可过猛,以防用力过猛时造成胆总管撕裂,遇到阻力较大时,切不可硬拉,此时考虑用250 g左右质量的物体牵引,这样可缓慢拔出T管。最后对于营养情况差或者那些合并有其他慢性消耗性疾病的患者,拔管时间应适当延长,最好在术后1个月时拔除。如果对窦道形成是否可靠,不能肯定的话,我们可以行窦道造影术,沿T管与窦道壁间隙注入造影剂拍片观察窦道的完整性。如

作者简介:高 峰(1971-),男,陕西省米脂县人,主治医师,主要从事肝胆胰方面的研究。电话:13152121567,E-mail:gaof5578@163.com

收稿日期:2005-12-20;修回日期:2006-03-14

果有造影剂漏入腹腔，就不能盲目拔除T管[3]。综上所述，我们认为，拔T管后胆汁性腹膜炎可以先采取保守治疗。若B超示腹腔积液局限于胆囊窝时顺原窦道口插入可靠引流管引流胆汁即可。如果B超示腹腔积液扩散到盆腔，男性患者一般需要急诊手术治疗；而女性患者可以顺原窦道口插入可靠引流管外加用后穹隆穿刺引流来处理，一般只要胆总管乳头通畅，经这种方法双重引流后，胆汁不再向腹腔内流入。胆汁性腹膜炎均可治愈。但是经过以上方法处理腹痛不止甚至加剧，腹膜炎体征加重或影像学检查腹腔内积液增多，应及时剖腹探查[4]。

关键词：T管；拔除；胆汁性腹膜炎；处理
中图法分类号：R656.41 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 肖渝清，胡先典，黄江涛. 常规拔T管致胆汁性腹膜炎5例报告[J]. 腹部外科，2000，13(6)：348－349.
[2] MAURI A，CIRIGLIANO W D，ZANON C，*et al*. Choleperitoneum following Kehr's T-tube removal：conservative treatment with culdocentesis associated with sphincterotomy and endoscopic drainage of the bile ducts[J]. Minerva Chir，1991，46(6)：279－281.
[3] 王炳煌. 胆汁性腹膜炎诊治经验[J]. 中国急救医学，1991，11(3)：12－15.
[4] WILLS V L，GIBSON K，KARIHALOOT C，*et al*. Complications of biliary T－tubes after choledochotomy[J]. ANZ J Surg，2002，72(3)：177－180.

（编辑 周 芳）

文章编号：1000-5404(2006)08-0863-02

经验交流

干髓治疗失败再治疗中的根管扩通处理

宁 放[1]，杜越英[2]（[1]上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔内科，上海 200011；[2]上海市市东医院口腔科，上海 200438）

对牙髓及根尖周病，根管治疗(root canal therapy，RCT)被认为是最佳的治疗方法，但在我国由于RCT的开展与普及较晚，干髓术和塑化治疗长期用于后牙的髓病治疗。近年来，干髓治疗失败病例越来越多见。为此，本研究对临床上干髓治疗失败，需再治疗的病例进行分析，探讨干髓治疗失败的原因，及采用RCT再治疗中根管扩通问题。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择2005年1－12月，在上海第九人民医院口腔内科就诊，经检查确诊为干髓术治疗失败，须再治疗患者81例，男性40例，女性41例，18～75岁，101个牙，223个根管。前磨牙66个根管，磨牙157个根管。

1.2 适应证的选择

①有冷热刺激痛或自发痛、肿胀、咬合痛等自觉症状。②临床检查有叩痛或窦管存在，X线片显示根尖周阴影而无根折。③冠折、充填物松动、脱落或继发龋齿要求治疗。④因修复要求重行RCT。出现以上任何1项即为原治疗失败。

1.3 器械

手用K型锉：日本MANI公司；根尖定位仪：日本森田ROOT ZX；根管润滑剂(Root Canal Conditioner)：含EDTA(乙二胺四乙酸)和过氧化脲，Densply(登士柏公司)。

1.4 操作方法

常规拆除充填物，开髓，暴露根管口，以15号K型锉预弯进入根管后，细微的捻动，如未达到工作长度且阻力较大时，置入含EDTA的根管润滑剂15 min，后继续行细微的捻动，或将其封闭于根管内5～7 d，再继续扩通。如仍未达到根管工作长度，可先敞开根管冠1/3后再继续扩通，以ROOT ZX型根尖定位仪确定根尖孔的位置，即将根尖定位仪探头(参考电极)悬挂于口角，与黏膜接触，另一探头(探测电极)夹住K型锉，缓慢插入被测根管，当警铃响起显示到达根尖狭窄，即0.5 mm读数处时，取出定位仪，带锉常规拍片，此长度即为根管预备长度。以常规法或倒敞法(逐步后退法＋冠向深入法)完成根管预备并行根充。

1.5 根管扩通效果判断标准

成功：根尖定位仪显示到达根尖，牙片示K型锉达根尖(距根尖约0.5～1 mm)。

失败：根尖定位仪未显示到达根尖，牙片示K型锉未达根尖。

2 结果

患牙101个，共223个根管，其牙位分布见表1，干髓治疗失败，失败原因和例数见表2，分类中，如炎症合并冠折归炎症类，冠折合并修复归冠折类。

表1 患牙的牙位分布

项目	前磨牙		磨牙		合计
	上颌	下颌	上颌	下颌	
牙数	24	21	29	27	101
根管数	42	24	80	77	223
根管扩通数	38	22	63	59	182

作者简介：宁 放(1962－)，女，四川省成都市人，副主任医师，主要从事牙体牙髓病方面的研究。电话：(021)63138341

收稿日期：2006-02-01；修回日期：2006-03-29