短篇论著

文章编号:1000-5404(2010)09-0994-02

胆道镜下引流管桥接回置法治疗T管窦道未愈或破裂引起的胆漏

庞 勇,张炳印,汤礼军,田伏洲 (610083 成都,成都军区总医院全军普通外科中心微创外科)

[摘要] **目的** 探讨胆道镜下引流管桥接回置法治疗T管窦道未愈或破裂的临床应用价值。**方法** 在胆道镜下寻找到窦道远端残腔,通过导丝回置引流管如同搭桥样将中断的窦道远近端连接起来。**结果** 27例T管窦道未愈或破裂,全部经胆道镜下桥接回置引流管成功,而且25例窦道保存良好,顺利完成后续胆道镜治疗,仅2例窦道封闭。**结论** 胆道镜下引流管桥接回置法治疗T管窦道未愈或破裂安全有效,不仅防止了胆漏,避免了再次开腹,而且保留窦道,延续了胆道镜治疗。

[关键词] 胆道镜;T管窦道;胆漏

[中图法分类号] R657.4 **[文献标志码]** A

T管窦道未愈引起的胆漏是术后胆道镜诊疗时少见而严重的并发症,国内发生率为0.97% ~5.6%[1]。以往多采取开腹手术重新置管,既增加了患者的经济负担又带来了再次手术的痛苦。近年来我科应用胆道镜下引流管桥接回置法治疗T管窦道未愈引起的胆漏,有效控制了胆汁性腹膜炎的发展,避免了再次开腹,同时保留窦道,延续了胆管镜的诊疗,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2004年6月至2009年6月我科共完成术后胆道镜诊疗4 245例,T管窦道未愈或破裂共发生27例,占0.64%。其中男性12例,女性15例,年龄35~82岁,平均年龄56.5岁。胆道镜首次检查时间(即拔管时间)为术后4周。

T管窦道未愈21例,手术方式为:胆总管探查术19例,胆肠吻合术2例。胆总管探查术19例中,胆总管结石11例,肝内外胆管结石7例,胆总管下段癌1例。胆肠吻合术2例中,肝内外胆管结石1例,结肠癌术后胆道梗阻1例。21例中合并肝硬化腹水3例、糖尿病5例、恶性肿瘤2例、红斑狼疮接受糖皮质激素治疗1例。

T管窦道破裂6例,手术方式均为胆总管探查术。其中胆总管结石2例,肝内外胆管结石4例。5例为首次胆道镜取石,1例为第2次胆道镜取石时发生窦道破裂。

1.2 器械

日本PENTAX电子胆道镜(ECN1530),取石网篮(GB1907L1-W),EPM-3500型主机,美国波科公司斑马导丝(Boston Scientific,Jagwire™0.035in)。

1.3 治疗方法

每次胆道镜诊疗时拔管后先检查T管窦道的完整性。如果拔管后或胆道镜取石过程中患者突发剧烈右上腹痛,有时甚至不能平卧,应高度怀疑T管窦道愈合不良或破裂的可能。此时应控制注水速度,缓慢沿窦道壁进镜,确定窦道中断的部位和程度,如为不完全断裂,则顺残余连续的窦道壁较容易进入胆管。如果窦道完全中断,则视野前方为漂浮的肠管、网膜和实质脏器等,提示胆道镜已进入游离腹膜腔。此时顺着窦道腹壁段的走行方向,重点选择断面充血呈豁口状或胆汁溢出处进镜寻找到窦道残腔后进入胆管。从胆道镜钳道将黄斑马导丝尽可能深入肝内胆管,退镜同时测量窦道远端断面与外口的距离,选择比原T管略细的直引流管,退导丝时同步将引流管顺导丝回置于胆管,引流管如同搭桥样将中断的窦道远近端连接起来。如果引流管内有胆汁流出,将引流管尾端提高后腔内有液柱保持,患者腹痛明显缓解,初步说明引流管桥接回置成功,最后经引流管注入造影剂在X线透视下确定引流管前端位于胆管后操作结束。胆肠吻合术后T管窦道未愈多为空肠袢浆膜与凿孔引出处壁腹膜粘连不完全,在导丝引导下将引流管回置于空肠腔即可。术后嘱患者平卧1周,暂禁食,密切观察腹膜炎体征,进行抗炎等治疗,4周后再行胆道镜检查。

2 结果

27例T管窦道未愈或破裂,其中24例一次性经胆道镜下桥接回置引流管成功,患者腹痛迅速缓解,腹膜炎体征消失。3例引流管回置后腹痛仍持续性加重,出现右中上腹局限腹膜炎体征,B超示右肝下间隙积液量增加,复查造影示引流管前端移位并从胆管脱出,2 h内第2次经胆道镜下桥接回置引流管同时B超引导下腹腔穿刺引流积液后痊愈。4周后再次拔管行胆道镜检查,25例顺利完成后续治疗,2例窦道前方已完全被肉芽组织封闭,胆道镜未能进入胆管,拔管后结束治疗。

3 讨论

董米连等[2]研究发现正常情况下术后2周T管窦道就可以形成完整,据我科的临床经验,术后4周窦

[通信作者] 田伏洲,电话:(028)86570211,E-mail:tfz30061@yahoo.com.cn

道较为牢固,行拔管首次胆道镜诊疗比较合适。本组T管窦道未愈21例中,合并肝硬化腹水3例、糖尿病5例、恶性肿瘤2例、系统性红斑狼疮接受糖皮质激素治疗1例。T管窦道未愈的原因除T管材料和术中T管留置技术方面的因素外,术后行胆道镜检查前所能预判T管窦道未愈的高危因素包括:高龄、合并有肝硬化腹水、糖尿病、营养不良、晚期肿瘤、长期使用糖皮质激素等影响组织修复窦道形成的慢性疾病[3,4]。因此胆道镜检前应详细询问病史,对于合并有前述病史或年龄超过70岁者,窦道形成缓慢,我科将拔管时间推迟为术后2个月。文献[5]报道可以在T管旁置一小管,定期做窦道造影以明确窦道是否形成完整,从而合理选择拔管时机。

T管窦道破裂6例均发生于胆道镜取石时,多为结石较大且坚硬,取石网套住后经窦道向外用力拖拽时结石棱角将窦道壁全层划开所致。有时破口呈线样且水肿,难以发现,直到患者出现腹痛症状后仔细检查才确定。为避免胆道镜取石发生T管窦道破裂,首先套取结石前应充分估计大小,如果长径超过窦道直径,则应先碎石后取石;其次套住结石后用力方向应与窦道走行一致,不能成角。

胆道镜下引流管桥接回置法成功的关键是如何在胆道镜狭窄的视野内、在游离腹腔众多的组织间隙中寻找到窦道残端。操作要点包括:①T管窦道未愈处多位于窦道腹腔段,残余窦道的大概方位在窦道腹壁段的潜行方向上,因此胆道镜应顺着窦道腹壁段走行向前方搜索。②在保持胆道镜视野清楚的前提下尽量少注水,否则会加重腹膜刺激增加腹腔感染的机会,同时大量注水后腔隙扩大不利于寻找。③游离的窦道残端断面组织多充血呈漂浮絮状,断面残腔呈豁口样且有淡黄色胆汁外溢。④胆镜从窦道残腔进入确认胆管无误后通过钳道向肝内胆管尽量深插导丝。退镜时准确测量窦道胆管内口和腹壁皮肤外口的间距。⑤选择比原T管略细的剪去T臂的直引流管。⑥退导丝同步将引流管桥接回置于胆管,引流管置入的长度应等于窦道胆管内口和腹壁皮肤外口的间距。如果引流管置入过长,由于中段窦道未愈处没有支撑,引流管打折后前方会从胆管内反弹出来脱落于腹腔。

既往对于拔管后T管窦道未愈或破裂引起胆漏时的处理多采取非胆道镜直视下顺T管窦道外口腹壁段回置导管引流,先保守治疗,对女性患者还可以采取后穹窿穿刺置管引流[6];如胆汁性腹膜炎加重则开腹手术重新置管引流[7]。国内也有内镜鼻胆管引流胆管减压治疗T管窦道未愈或破裂的报道[8,9],但面临着窦道封闭无法进行胆道镜后续治疗的问题。本组27例T管窦道未愈或破裂,全部经胆道镜下桥接回置引流管成功,避免了再次开腹手术;而且25例窦道保存良好顺利完成后续胆道镜治疗,仅2例窦道封闭。说明胆道镜下引流管桥接回置法治疗T管窦道未愈或破裂安全有效,不仅防止了胆漏,避免了再次开腹,而且保留窦道延续了胆道镜治疗。

参考文献:

[1] 任犹俊, 戴建国, 熊艳, 等. 拔T管后胆漏的防治[J]. 肝胆胰外科杂志, 2007, 19(1): 40-42.
[2] 董米连, 施维锦. T管窦道的解剖与临床意义[J]. 实用医学杂志, 2004, 20(8): 920-921.
[3] 熊英, 李洪艳, 米娜, 等. 肝胆外科T管引流并发症原因及护理[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(5): 351.
[4] 周兆干. 拔除T管后胆漏的原因及防治[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(2): 107.
[5] 吕云福, 董永红, 黄海. T管窦道形成时间的临床研究与意义[J]. 中华肝胆外科杂志, 2004, 10(4): 279-280.
[6] 高峰,李海民,呼延清,等. T管拔除后胆汁性腹膜炎的处理体会[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(8): 862.
[7] 毛龙细, 眭大权, 梁凌炎, 等. T管拔除后胆漏17例临床分析[J]. 实用临床医学, 2009, 10(3): 56-57.
[8] 朱健, 孙涛, 康培良, 等. T管拔除后胆漏8例诊治体会[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2009, 23(1): 82-83.
[9] 余锋, 杨敖霖, 罗昆仑, 等. 拔T管后胆漏23例临床分析[J]. 消化外科, 2006, 5(2): 146.

(**收稿**:2009-09-28;**修回**:2009-11-30)
(编辑 王 红)

更 正

本刊2010年第32卷第1期19~22页刊发的由郭树章等撰写的论文《2种去细胞方法制备大鼠脱细胞脊髓支架效果的对比研究》,其基金项目标注中"重庆市自然科学基金面上项目(2007C126)"编号应改为"CSTC2007BB5071",特此更正。

本刊编辑部