拔除T管后胆漏的原因及防治

The reason and treatment of bile leakage after removed T-tube

周兆干 （兴化市舍陈卫生院，江苏 兴化 225700）

[关键词] 胆漏；原因；防治
[中图分类号] R575.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)02-0107-01

拔除T管后胆漏的患者可继发胆汁性腹膜炎及腹腔脓肿，严重时可危及生命。本文回顾性分析我院1994年1月至2006年12月拔T管后引起胆漏10例患者的病例，结合文献就拔T管后胆漏的原因及防治报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组胆漏共10例，其中男4例，女6例；年龄31～73岁。原发疾病均为胆总管结石，并发急性胆管炎2例；合并糖尿病2例，肝硬化1例，低蛋白血症1例。手术方式均为胆总管探查加T管引流术。T管拔除时间均按常规，术后3周左右夹管。若经T管造影证实胆道内无残余结石，且胆总管下段通畅，T管开放1 d后拔除。本组10例均表现为急性腹痛，其中9例为右上腹痛，1例为全腹痛。腹痛均在T管拔除后30 min内发生，伴有恶心、呕吐、发热等症状。

1.2 治疗方法

患者出现胆漏及胆汁性腹膜炎症状后，均立即经原窦道置入引流管（直径小于原T管），引流并右侧卧位、禁食。静脉点滴抗生素并适当支持治疗，观察腹痛及腹膜炎体征的变化，选择手术治疗或非手术治疗。

2 结果

9例顺利置入引流管后腹痛很快缓解，腹膜炎体征好转，引流管胆汁顺利引出，观察引流量减少或停止，3周后拔出引流管而治愈。1例引流不畅，腹痛持续加重，腹膜炎体征加重，B超检查腹腔积液增多，于拔管后48 h经手术探查证实为胆总管撕裂，重置T管引流加腹腔引流，术后4周经T管造影显示无异常而拔除，治愈出院。

3 讨论

管周围窦道形成不全或无窦道形成是胆漏的主要原因。窦道的形成是组织增生和修复的过程，一般认为胶原纤维术后8 d左右开始增生，2周左右达到高峰，所以临床上一般把拔管时间定在2周左右，但却忽略了影响窦道形成的其他原因，如年老体弱、肝硬化腹水、糖尿病、长期使用皮质激素或使用硅胶T管等[1]。T管处置不良也是胆漏原因之一，主要是T管短臂修剪不好、T管长臂的摆放过度弯曲或打折，造成拔管时损伤窦道壁；有时缝合胆总管切口误将T管一起缝上，而致拔管时将胆总管撕裂；术中寻找胆总管时解剖过度，损伤了胆管两侧壁的滋养血管，或者缝合针距过密致局部缺血坏死。也有拔管时用力过猛、患者或医护人员误拔、胆总管下段残余结石或良性乳头狭窄致胆道梗阻等诸多原因造成拔除T管后发生胆漏[2]。

拔除T管后引起的胆汁性腹膜炎采用的办法都属于一种补救的措施。如何减少或避免胆漏的发生，才是关键所在。本文认为应注意如下几个方面的预防措施：①不要过分强调常规拔管时间，要采取个体化治疗，对部分患者应适当延长拔管时间，同时注意营养支持及合并症的治疗；②术中暴露胆管时，不要过度的解剖游离，以免影响胆管血供；③选择合适口径和材料的T管，过粗压迫胆管，过细引流不畅；④放置T管应遵循最短距离、最直接引流的原则，T管长臂在腹腔内不宜留置过长或过短，以免造成扭曲、盘绕或拉得过紧而脱出；⑤仔细操作，防止误缝T管，近年有作者主张对胆总管探查结果为阴性者，可以将胆总管一期缝合；⑥拔T管应顺势而为，掌握好T管短臂出胆总管、T管在窦道内滑行及T管出腹壁三个阶段，T管拔出应旋转转动T管用力要均匀，轻柔，切忌用力过猛而撕裂窦道[2]。

拔除T管后出现腹痛都要怀疑胆漏，应立即经原窦道放入合适的导尿管，见胆汁顺畅流出后，固定，并予以低负压吸引，如果引流通畅，患者腹痛往往立即减轻，有条件单位可行鼻胆管引流，应保持引流通畅，若腹痛、腹膜炎体征不能很快缓解，或经B超检查腹腔积液较多，可在B超引导下反复穿刺或置管引流，以减少腹腔污染[3]，同时辅以禁食、胃肠减压、补液、抗炎、解痉止痛等治疗，一般2～3周即可治愈，本组9例均经上述治疗，症状逐渐缓解，3周后拔管出院。对于置管引流不畅，症状体征无改善或加重者，应及时剖腹探查，重新放置T管引流，并冲洗及引流腹腔，术后积极抗感染和支持治疗，根据情况1～2个月后拔除T管。

[参考文献]

[1] 刘大平，李智华，周永碧. 拔T管致胆汁性腹膜炎5例原因分析及治疗体会[J]. 第三军医大学学报，1998，20(2)：107.
[2] 王 健，蔺常瑞，周俊强，等. 胆总管切开引流术后水样胆汁3例诊治体会[J]. 局解手术学杂志，2007，16(6)：416.
[3] 张春秋，刘 宏，刘巍立，等. 胆总管探查术后一期缝合42例体会[J]. 临床外科杂志，2007，15(4)：281－282.

[收稿日期] 2008-11-28 [修回日期] 2008-12-20

（编辑：郭光金）