

T 管拔除后胆汁性腹膜炎 15 例临床分析

韩必亮 温培标 李道快 杨琼柳
(浙江省苍南县第二人民医院 苍南 325802)

摘要:目的:探讨 T 管拔除后胆汁性腹膜炎的原因、预防和治疗。方法:回顾性分析 1996~2005 年间我院收治的 T 管拔除后胆汁性腹膜炎 15 例临床资料。结果:11 例经从 T 管窦道口重新插入导尿管引流和 B 超定位下腹腔穿刺引流等保守治疗后治愈,4 例经开腹手术治愈,无死亡病例。结论:T 管拔除后胆汁性腹膜炎发生的主要原因是 T 管窦道形成不全,关键在于预防,一旦发生,应根据病情,采取不同治疗方法。

关键词:T 管;胆汁性腹膜炎;治疗;临床分析

中图分类号:R 572.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0041-02

T 管拔除后胆汁性腹膜炎是一种严重的术后并发症,发展迅速,危害极大,临床上也并非少见。现结合我院近十年来常规拔除 T 管后胆汁性腹膜炎 15 例,就其原因、治疗和预防分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 自 1996~2005 年我院共收治 T 管拔除后胆汁性腹膜炎 15 例,占同期行胆总管探查 T 管引流术总例数的 2.3%,其中男 6 例,女 9 例;年龄 35~78 岁,平均 57 岁,60 岁以上 12 例。15 例中慢性胆囊炎、胆总管结石 10 例,胆总管残余结石 5 例。其中伴严重低蛋白血症 4 例,伴肝炎后肝硬化腹水 2 例,伴糖尿病 1 例,有因消化性溃疡穿孔行胃大部切除术病史 1 例。

1.2 T 管拔除时间 T 管拔除时间于胆道手术后 2~9 周,平均 4 周。拔管前患者症状、体征完全消失,体温正常,黄疸消退,夹管 48h 后无腹痛,T 管造影提示胆总管下端通畅,无残留结石,造影后开放 T 管引流 24h。

1.3 临床表现 所有病例全部表现为拔管后即刻至 1h 出现右上腹部不同程度的疼痛,有 6 例扩散至全腹,伴有恶心呕吐和不同程度的发热。

1.4 处理 在拔除 T 管后出现急性腹痛,应想到胆汁性腹膜炎的可能,立即用合适型号的导尿管从 T 管窦道插入,引流胆汁,同时给予抗炎解痉、输液、胃肠减压等对症治疗。如导尿管不能重新插入或胆汁引流不出,对腹痛轻、腹膜炎局限者可在严密观察下,给予对症治疗,有腹腔积液者可在 B 超定位下行穿刺引流。经上述处理后腹痛仍不能缓解有加重趋势者,则应及时给予手术治疗,重新放置引流。

2 结果

本组 15 例中 7 例成功从 T 管窦道口插入导尿管,经引流治疗后全部治愈;余 8 例插入导尿管失败,其中 4 例腹痛轻,腹腔积液局限,经腹腔穿刺引流和对症治疗症状缓解,4 例经上述治疗无效后行开腹手术而治愈。全组无死亡病例。

3 讨论

3.1 拔 T 管后致胆汁性腹膜炎的原因 T 管引流是胆总管探查的常规术式,常规于术后 2 周拔除 T 管,拔管后致胆汁性腹膜炎临床上时有发生,其发生率约为 0.84%~1%^[1]。发生的主要原因是 T 管窦道形成的不完全^[2],本组 2 例再手术病例术中探查证实均为 T 管窦道形成不全和缺如,其余病例虽未行手术探查,估计只不过是窦道不完整的程度较轻而已。具体原因有以下几点:(1)年老体弱,营养状况差,低蛋白血

症使窦道形成延缓。本组 60 岁以上的有 12 例,术前均有不同程度的低蛋白血症,加上胆管梗阻、肝脏不同程度损害,术后未及时纠正,组织生长能力低下,促使 T 管周围窦道形成不完全。(2)伴有腹水:2 例肝硬化腹水的病人通过再次手术探查发现 T 管窦道的近腹壁段缺如,分析腹水可阻碍大网膜在 T 管周围粘连形成窦道。(3)大网膜已被切除或严重萎缩:胃切除术大网膜被完全切除后,T 管周围的包裹组织严重缺乏,窦道形成不全,胆漏的机率大大增加,本组有 1 例为胃切除术后病例,胆道术后 2 月拔除 T 管仍发生胆漏。(4)糖尿病或长期使用皮质激素:影响蛋白质合成或加速蛋白质分解,抑制炎症反应,抑制血管和成纤维细胞增生,抑制肉芽组织成熟及胶原形成,从而使窦道形成延期^[3]。(5)T 管周围局部感染和积液,如胆囊床和胆总管周围渗血、渗液等,阻碍周围组织包裹 T 管形成窦道^[4]。(6)T 管选材和术中处置不当:60~70 年代的乳胶管表面粗糙,对组织的刺激大,易使组织对其产生粘连包裹^[5],易形成完整牢固的窦道壁。现在的 T 形乳胶管作了改进,甚至采用聚乙烯塑料管及硅胶管,对腹腔组织刺激性小,管周肉芽窦道形成时间较长且脆弱,拔管时易戳破。T 管自胆总管引出处缝合过紧及 T 管在腹腔内行程弯曲过长易致拔管后胆漏^[2,6]。(7)拔管时用力过猛,T 管的短臂易戳破窦道,汤生洪等报道一组拔管后胆汁性腹膜炎的病例,17 例再手术中有 8 例为 T 管短臂刺破,值得注意^[5]。

3.2 治疗 在 T 管拔除后出现急性腹痛,应想到胆汁性腹膜炎的可能,立即用合适型号导尿管通过原 T 管窦道口置入,充分引流胆汁,同时采用半卧位、禁食、胃肠减压、抗炎解痉、营养支持等综合治疗,只要胆汁通过导尿管引流通畅,大部分病人可以非手术治疗痊愈。本组有 7 例成功置入导尿管,均非手术治愈,一般于置导尿管 24h 后胆汁引流量逐渐减少,当胆汁引流量明显减少时可以分次拔除导尿管。如果导尿管插入失败,可首先给予一般性的综合治疗,密切观察病情变化,对于腹膜炎局限或腹痛有缓解趋势者,也可以通过非手术治愈。本组 4 例导尿管插入失败而腹膜炎局限者采用非手术治愈,其中 2 例 B 超提示右上腹腔积液明显,通过 B 超定位下腹腔穿刺抽取胆汁后治愈。对于很快出现急性弥漫性腹膜炎或观察过程中腹痛症状和腹膜炎体征逐渐加重,且非手术治疗效果不佳者,均应积极手术治疗,术中探查应以清理、引流腹腔,重建胆汁外引流为原则。手术不一定要重新放置 T 管,多数病人冲洗腹腔后放置腹腔引流管即可^[6]。本组再手术病人中有 2 例术中探查发现腹内 T 管窦道近胆总

SOCON 脊柱内固定系统治疗腰椎骨折 40 例效果分析

屠永泉

(浙江省象山县丹城中心卫生院 象山 315700)

关键词: 腰椎骨折; SOCON 钉; 手术疗法

中图分类号: R 683.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0042-02

严重的腰椎骨折常导致脊髓损伤、脊柱不稳定, 需要手术减压加上内固定治疗。20 世纪 80 年代以来, 国内外有许多脊柱内固定系统应用于临床, 取得了一定的效果, 但在手术操作及复位效果等方面尚有不足之处。自 2003 年 6 月以来, 笔者用德国蛇牌公司设计生产专门用于治疗胸腰骨折的 SOCON 钉治疗腰椎骨折 40 例, 取得较好疗效。现报道如下:

1 一般资料

本组 40 例腰椎骨折, 男 29 例, 女 11 例; 年龄 17~60 岁, 平均 38.5 岁; 车祸伤 13 例, 坠落伤 26 例, 重物砸伤 1 例; 其中 L₁ 骨折 16 例, L₂ 19 例, L₃ 2 例, L₄ 2 例, L₅ 1 例。术前均经 X 线摄片和 CT 确定椎体压缩及椎管狭窄程度。脊柱后凸角 (cobb's 法) 20°~24°, 平均 21.4°, 并伴有不同程度的脊髓及马尾神经功能障碍。

2 手术方法

SOCON 脊柱内固定系统由德国蛇牌公司提供。全部患者均采用俯卧位, 麻醉满意后常规消毒铺单, 脊柱后正中切口, 骨膜下剥离双侧骶脊肌, 显露病椎及相邻上下节段椎体的椎板、关节突及横突根部, 以横突起部及上关节突基底为解剖标志, 选择正确的椎弓根钉道入点, C 臂 X 光机证实管段完整而近腹壁段缺如, 即向“残存窦道”内置合适导尿管并尽量将窦道口加缝缩小, 再加腹腔引流即可, 减少了不必要的解剖分离, 术后半月拔除导尿管痊愈。对于窦道完全缺如者以重新放置 T 管为妥, 但拔管时间应延长至术后 2 个月以上。随着现代微创外科的发展, 微创引流方法得到了推广, 有人报道 18 例 T 管拔除后胆汁性腹膜炎的治疗选用微创引流方法, 特别是内镜鼻胆管引流效果确切, 无 1 例需行开腹手术治疗^[1], 是拔管后胆汁性腹膜炎的现代治疗模式。

3.3 预防 拔除 T 管后致胆汁性腹膜炎临床上时有发生, 危害极大, 会给患者带来身心两方面的痛苦及不必要的经济负担, 如何预防是问题的关键。应针对上述原因, 采取积极的预防措施, 首先在选材上要选用对组织反应性强的普通乳胶 T 形管。对于年老体弱、低蛋白血症、肝硬化腹水、糖尿病、腹腔感染等全身状况不良者, 要加强营养支持, 积极治疗并发症, 促使 T 管窦道形成, 并采用延长等待时间等待窦道形成。然而在实践中发现采用延期拔管有时也难以奏效, 本组 15 例平均置管时间 4 周, 有 3 例置管时间超过 2 月仍发生胆汁性腹膜炎, 因此单纯靠延长等待时间并不能解决问题。还可以采用在手术结束前常规将大网膜塞于 T 管周围使其包裹 T 管形成窦道。对于大网膜已被完全切除或严重萎缩者, 可将带蒂肝圆韧带、肝镰状韧带或右半结肠游离后, 拉上右上腹并固定, 慎用或禁用腹腔内防粘连剂^[2]。术毕引出 T 管时, 腹壁戳口应尽量以最短的路径引出, 以防窦道弯曲过长而致窦道形成不完整, 且有利于术后行胆道镜检查。

钉点正确, 放入合适长度和直径的椎弓根螺钉。螺钉尾部连接复位杆, 安装夹块及连接杆, 放置复位撑开器, 使压缩椎体能撑开复位。复位满意后依次锁紧夹块, 安装横杆, 根据椎管及脊髓功能, 必要时作椎板切除、椎管减压术, 切口内放置引流管, 后逐层关闭切口。手术后常规应用抗生素, 3 周后在腰围保护下地行走及功能锻炼。

3 结果

本组手术病例在 1 周内均进行 X 线摄片复查, 椎间隙高度均恢复正常, 压缩椎体前缘高度较术前平均恢复 30.2%, 椎体后缘高度平均恢复 12.4%, Cobb's 角平均恢复 19.7°。后经门诊随访 6~36 个月, X 线提示 Cobb's 角矫正率平均丢失 9.7%, 椎间隙高度仍维持良好, 椎弓根螺钉无松动, 术后复查时, 伴有神经症状的患者均有不同程度功能恢复。

4 讨论

根据 Denis 脊柱三柱结构理论, 脊柱骨折累及二柱以上为不稳定骨折。脊柱手术入路及方法的选择取决于脊柱骨折的类型、损伤范围及有无脊神经损伤等, 但对于大部分不稳定性脊柱骨折, 尤其是椎体高度丢失 <50%、椎管狭窄率 <30% 患者而言, 后路椎弓螺钉内固定技术仍是简便、实用、

对于存在上述各种不良因素的病人, 除采用以上预防措施外, 在拔除 T 管时, 准备一条比 T 管略细并带有侧孔的导尿管, 拔除 T 管后即刻从原窦道口置入, 其长度与 T 管在腹腔内的长度相仿或稍短, 如此处置后, 患者在 24~48h 内无局限性腹膜炎或局部无明显压痛, 则表明窦道形成已结实可靠, 然后再拔除导尿管^[3]。此时即使窦道形成不完全, 由于导尿管比 T 管小, 前端窦道失去支撑作用后可以逐步塌陷, 肉芽组织迅速生长而闭塞, 胆汁引流量明显减少后同样可以分次拔除导尿管, 我们近期采用此法试用数例, 效果不错, 由于病例数尚少, 临床上需进一步观察收集资料。

参考文献

[1] 黎东明, 梁力建. 拔 T 管后胆漏 6 例分析[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(4): 236
[2] 李卫民. T 管拔除后胆汁性腹膜炎的治疗体会(附 9 例报告)[J]. 中华肝胆外科杂志, 1998, 4(1): 37
[3] 张应天. 皮质激素应用的合并症[J]. 实用外科杂志, 1988, 8(10): 510
[4] 喻晓明, 郑英健. 拔 T 管致胆汁性腹膜炎的教训分析[J]. 腹部外科杂志, 1997, 10(4): 188
[5] 汤生洪, 李锦堂. 拔除 T 形管致胆汁性腹膜炎原因的探讨(附 23 例临床分析)[J]. 南京医科大学学报, 1998, 18(3): 240
[6] 刘金林, 王振波, 史显武. T 管拔除后致胆汁性腹膜炎的原因分析及对策[J]. 肝胆外科杂志, 2002, 10(5): 363~364
[7] 张凯, 潘一明, 周建新. 拔除 T 管后致胆汁性腹膜炎的微创治疗[J]. 南京军医科学院学报, 2002, 24(2): 89
[8] 陈玺华, 王世明, 鲍民生. T 管拔除后胆汁性腹膜炎 17 例分析[J]. 山西医科大学学报, 2002, 33(4): 347

(收稿日期: 2006-11-24)