

文章编号:1005-6947(2005)08-0637-02

· 技术改进 ·

# 拔 T 管致胆漏经腹腔镜手术治疗 6 例

严立俊<sup>1</sup>, 汤利民<sup>1</sup>, 胡志前<sup>2</sup>

(1. 江苏省宜兴市张渚人民医院 普通外科, 江苏 宜兴 214231; 2. 上海市长征医院 普通外科, 上海 200003)

**摘要:**采用腹腔镜手术治疗 6 例常规拔 T 管致胆漏的患者, 均为腹膜炎体征较严重非手术治疗无效者。6 例均治愈。提示经腹腔镜手术治疗拔 T 管所致胆漏是安全、有效的, 并体现了微创治疗的优点。

**关键词:**胆囊切除术, 腹腔镜; 胆漏/外科学; 引流

**中图分类号:** R657.4; R615

**文献标识码:** C

胆道探查行 T 管引流为经典术式, 广泛应用。常规 T 管拔除致胆漏临床上偶有发生, 是一种较严重的并发症。我院于 1997 年 10 月~2004 年 10 月, 在 498 例行胆总管探查引流术后常规拔 T 管者中发生胆漏 7 例, 其中 6 例经腹腔镜手术治疗, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 2 例, 女 4 例; 年龄 45~77 (平均 56) 岁。其中胆囊切除术加胆总管切开探查 T 管引流术 5 例, 胆总管切开探查 T 管引流术 1 例。合并糖尿病 2 例, 营养不良 1 例, 低蛋白血症 2 例。本组均为按常规拔 T 管后 0.5h 逐渐或突然出现右上腹或全腹剧痛, B 超提示肝下胆汁淤积, 结合手术病史、血常规检查及诊断性腹穿而确立胆漏并胆汁性腹膜炎的诊断。

### 1.2 治疗方法及结果

6 例患者皆因腹膜炎体征较严重经非手术治疗无效而行腹腔镜手术治疗。全麻成功后, 脐下缘作一小切口, 置入 trocar, 建立气腹。腹内压设定为 14 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 置入

30° 内视镜, 右上腹放置 3~4 个 trocar 套。取头高脚低仰卧位, 右侧稍抬高。术中发现 3 例已有 T 管周围窦道形成, 其中 2 例为窦道与腹壁交界处有一较大裂口, 1 例为窦道较长伴有中段撕裂。该 3 例行窦道近胆管端钛夹夹闭加腹腔引流术, 均于 2d 后拔除引流管。另 3 例中 1 例为窦道形成不完全, 2 例未能明确胆漏的部位, 均行腹腔引流术, 引流管置于温氏孔及右下腹。术后 1 周内引出胆汁样液体每日 300~500 mL, 1 周后引流液逐渐减少, 当引流管内胆汁少于 10 mL/d, B 超检查腹腔内无明显积液时拔除引流管, 其中 1 例引流管于腹腔镜术后 2 周拔除, 2 例引流管术后 3 周拔除。术后 1 例有右侧胸腔积液, 胸腔穿刺抽液后治愈。治愈率为 100%。

## 2 讨论

Corbett<sup>[1]</sup> 报道拔 T 管胆漏发生率为 0.84%, 国内报告为 1.0%~1.2%<sup>[2]</sup>。近年该发生率有上升的趋势。谢志征<sup>[3]</sup> 认为拔 T 管后胆漏与下列因素有关: T 管对周围组织的刺激; T 管在腹腔内放置长度过长; 营养不良或有糖尿病; 长时间应用激素; T 管的横臂划破窦道; T 管附近积血、积液等。曾有人在开腹胆总管切开探查手术时尝试一期缝合胆总管, 因易引起胆漏而未广泛接受。近来有报道腹腔镜胆总管探查一期缝合胆总管取得满意效果, 但尚未能广泛使用<sup>[4]</sup>。

一旦胆漏发生, 应立即置入导尿管

引流, 再根据病情选择非手术或手术治疗。对于多数病例手术治疗仍是较有效、可靠的方式<sup>[5]</sup>。本组的 6 例皆经腹腔镜手术治疗, 效果满意。其中对因窦道与腹壁交界处有一较大裂口、窦道较长伴有中段撕裂者, 行窦道近胆管端钛夹夹闭加腹腔引流术; 对窦道形成不完全、未能明确胆漏部位者, 行腹腔引流术。笔者对经腹腔镜手术治疗拔 T 管致胆漏有下列体会: (1) 对病因的处理直接、彻底。窦道破裂致胆漏者可行窦道近胆管端直接夹闭, 阻止胆漏。(2) 对未能明确胆漏部位者可在直视下建立有效通畅的引流。充分引流胆汁, 这是最简单、最可靠的方法<sup>[6,7]</sup>。非手术治疗须立即放置导尿管于窦道内引流, 但盲目插管则易插入窦道损伤处或置管位置不当而使引流不畅导致非手术治疗失败。当导尿管引流不畅, B 超提示肝下胆汁淤积, 有局限性腹膜炎体征, 难以决定非手术治疗或手术治疗时, 经腹腔镜手术比等待观察较为积极主动。非手术治疗常需反复穿刺、灌洗或盲目长期带管而给患者造成痛苦; 腹腔镜下置管更有效, 引流更彻底, 患者痛苦小, 笔者认为, 对拔 T 管致胆漏者采用腹腔镜手术治疗可放宽指征。(3) 体现了微创的优势, 避免了再次开腹手术, 患者易于接受, 有利于手术后的恢复, 缩短住院时间。(4) 对腹腔镜下处理不满意者应及时中转开腹手术, 以安全为原则。(5) 腹腔镜设备、技术的普及和腹腔镜治疗成本的下降使该项术式的推广应用成为可能。

收稿日期: 2004-12-21;

修订日期: 2005-07-04。

**作者简介:** 严立俊 (1973-), 男, 江苏阜宁人, 江苏省宜兴市张渚人民医院主治医师, 主要从事肝胆和微创外科方面的研究。

**通讯作者:** 严立俊 电话: 0510-806715  
0, E-mail: dr.yanlijun@gmail.com。

文章编号:1005-6947(2005)08-0638-02

· 经验与教训 ·

# 诊断和/或处理失误致单纯胆囊切除术后近期再手术 11例分析

曾智勇

(襄樊职业技术学院附属医院 外科, 湖北 襄樊 441021)

**摘要:**对近10年来单纯胆囊切除术后近期再手术11例的临床资料进行回顾性分析,结果显示:术前及术中漏诊1例胆总管肿瘤,并因病情发展3个月后死亡;术中解剖不清3例;术中操作不当7例,其中胆囊动脉血管出血2例、胆囊床小血管出血1例,残留胆囊管过长并结石1例,腹腔遗留结石1例,漏胆1例,胆总管损伤,术后进行性黄疸1例。提示诊治失误,外科基本功不扎实,重视不够是胆囊切除术后近期再手术的主要原因。

**关键词:**胆囊切除术/副作用;再手术

**中图分类号:**R657.4;R61

**文献标识码:**C

胆囊切除术系肝胆外科常见手术,但在手术过程中也常常发生一些意想不到的问题导致严重的并发症,需再手术治疗。现将我院1995年元月~2005年元月1003例单纯胆囊切除术

中11例再手术情况报道如下。

(平均40)岁。再手术的原因、距初次手术的时间及结果见附表。

## 1 临床资料

本组男7例,女4例;年龄30~55

附表 11例单纯胆囊切除术后再手术情况

再手术原因	例数(n)	距首次手术时间	处理及结果
胆囊管与肝总管、胆总管并行被结扎,术后黄疸	2	3d	松解原结扎线,重新结扎胆囊管。治愈
胆囊动脉结扎松脱,腹腔引流鲜血较多	2	8~10h	缝扎胆囊动脉。治愈
胆囊床细小动脉出血,腹腔引流出鲜血	1	12h	确切结扎止血,治愈
炎性粘连重,胆囊床肝组织裂伤出血,腹腔引流少量鲜血	1	10h	裂口内填入明胶海绵及网膜,褥式缝扎止血。治愈
胆总管横断,术后进行性黄疸	1	12d	肝总管-十二指肠吻合,支撑引流。黄疸反复加重。住院3个月
术中胆总管壁出血,缝扎后针孔漏胆。每日引流胆汁约50mL	1	3d	网膜填入,8字缝扎,治愈
残留胆囊管过长并结石,仍有胆结石症状	1	28d	再手术切除,治愈
胆囊窝遗留结石,积液感染,发热	1	10d	取石,置管引流。治愈
胆总管内乳头状癌,术后黄疸	1	21d	胆总管探查,取材活检,T管支撑引流。3个月后死亡

收稿日期:2005-06-07; 修订日期:2005-07-12。

作者简介:曾智勇(1966-),男,湖北襄樊人,襄樊职业技术学院附属医院外科主任医师,主要从事肝胆胰外科的研究。

通讯作者:曾智勇 电话:0710-3527303,13797578519(手机); E-mail:zzyzy1966@yahoo.com.cn。

## 参考文献:

- [1] Corbett CR, Fufe NC, Pater MC, et al. Bile peritonitis after removal of T-tube from the common bile duct [J]. Br J Surg, 1986, 73(8): 641-643.
- [2] 张道峰, 刘刚. 拔T管后胆漏的原因及处理23例分析[J]. 宁夏医学杂志, 2000, 22(7): 427.
- [3] 谢志征. 普通外科手术意外与并发症[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2000. 513.
- [4] 陈斌, 秦仁义, 胡明彦, 等. 腹腔镜胆总管探查一期缝合术(附35例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(10): 581-583.
- [5] 章园, 沈世强, 王笛乐. 常规拔T型引流管后致胆漏7例诊治经验[J]. 肝胆外科杂志, 2004, 12(3): 199-200.
- [6] 孙兴亮, 魏延峰, 王玲. 胆道术后胆漏常见原因及治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(10): 793-794.
- [7] 李狄, 金彩霞, 梁振虎, 等. 腹腔镜下T管重置术[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(4): 390-391.