

# 胆道 T 形管引流术后提早夹管 31 例报告

张 恭 孙喜元

(高邮市人民医院, 高邮, 225600)

1997~1998 年我科共进行胆总管手术 69 例。行 T 形管引流术者 58 例, 其中 31 例胆总管结石患者提早试夹 T 形管, 结果减少患者胆汁的丧失, 增进食欲、促进消化和吸收, 产生了较好的影响。现报告如下。

## 1 临床资料

本组 31 例中, 男 10 例, 女 21 例, 年龄 15~79 岁。全部病例均有疼痛和右上腹压痛, 有明显黄疸 16 例, 轻度黄疸 12 例, 3 例曾作胆总管探查术。B 超提示胆总管直径  $\leq 10\text{mm}$  者 7 例,  $11\sim 20\text{mm}$  者 21 例,  $>20\text{mm}$  者 2 例。提示胆总管有结石者 22 例。

全部病例均在连续硬膜外麻醉下于胆囊切除后行胆总管切开探查取石, 保持胆总管下端通畅。手术中配合胆道镜探查者 19 例, 占 61.3%。31 例中仅 1 例证实胆总管内无结石。术后诊断为急性梗阻性化脓性胆管炎者 5 例。本组病例于探查结束后导尿管全部能通过 Oddi 括约肌进入十二指肠, 注水无返流。置入 T 形管引流, 胆总管裂口仔细缝合, 缝毕常规注水 60~100ml, 证实无渗漏, 缝合腹膜。常规于小网膜孔附近放置腹腔引流管 1 根, 与 T 形管分别于右上腹戳孔引出。

术后不发热者 2 例, 2~3d 低热者 25 例, 4~6d 低热者 4 例。一般术后 3~4d 肛门排气排便。术后胆汁量一般每日 200~600ml。本组 31 例于术后 5d 试夹 T 形管者 8 例, 占 25.8%; 术后 6d 试夹 T 形管者 14 例, 占 45.2%; 术后 7d 试夹 T 形管者 9 例, 占 29.0%。

结果: 除部分病例有轻度上腹不适或肠鸣音增强外, 均有食纳增加, 精神好转, 无 1 例发热。仅有 1 例于手术后第 6d 试夹 T 形管, 第 2d 有少量胆汁自引流管引出, 总量约 15ml, 暂停

夹管。一般于夹管成功后 2d 拔除腹腔引流管。有 5 例患者于术后 12d 后经 T 形管行胆总管造影均为阴性。大部分患者术后 10~12d 出院, 一般术后 3 周拔除 T 形管。

## 2 讨 论

T 形管引流的目的在于引流胆汁, 降低胆道内压力及防止术后胆漏, 且能排除胆道内泥沙样颗粒, 消退胆总管内的炎症。一般认为术后 14~20d 即可拔除 T 形管<sup>[1]</sup>, 若无胆管下段梗阻, 可在术后 7~10d 左右夹闭 T 管<sup>[2]</sup>。术后 T 形管引流每日引出胆汁 200~600ml, 多者达 900~1 000ml。大量的胆汁丧失, 必然会引起患者乏力, 食欲不振, 尤其易引起低血钠、低血钾等电解质紊乱。根据笔者的体会, 夹 T 形管后, 患者食欲即有增加, 精神体力好转。

T 形管引流术后 5~7d, 一般胆道内泥沙样颗粒基本排尽, 胆汁清晰, 胆道内炎症减轻, 胆总管下端乳头水肿亦已减轻或消退; 随着术后肛门排气排便, 肠道内逆蠕动消失, 内压下降, 消化道功能恢复正常, 患者全身情况亦已稳定, 这时机体内在情况已具备试夹 T 形管的条件。Oddi 括约肌是调节胆道内压的重要结构, 它不停地进行有节奏的收缩与舒张, 调节单位时间内胆汁排至十二指肠的流量, 每一周期约为 5~8 秒<sup>[3]</sup>。当 Oddi 括约肌关闭时, 可维持胆总管内压在 300mmH<sub>2</sub>O 左右, 当 Oddi 括约肌开放时, 胆总管内压降至 100mmH<sub>2</sub>O<sup>[1]</sup>, 胆汁即会不断进入十二指肠。只要胆总管下端通畅, 就不会出现胆总管内高压。所以说 T 形管引流术后 5~7d 是提早夹管的最佳时间。

具备如下情况可试行夹 T 形管: ① 术中证实已取尽结石; ② 胆总管下端 Oddi 括约肌通

(下转 452 页)

上切缘距肿瘤 5cm, 又可避免通过主动脉弓时增加的创伤, 节省了手术时间。左房压迹以上, 主动脉弓以下食管癌行左进胸食管癌切除, 食管胃主动脉弓上吻合, 术中注意胸导管走行, 避免胸导管损伤, 常规作膈上胸导管预防结扎。一旦发生乳糜胸, 大量营养液丢失, 老年人难以耐受。

老年人肺活量、通气量均较年青人明显下降。80 岁人肺活量是 30 岁人的 50%<sup>[2]</sup>。有慢性支气管炎患者肺功能更差。为了减轻胸腔胃对肺功能的影响, 将胃体沿胃小弯侧折叠, 浆肌层间断缝合 5~10 针, 使胃呈粗管状, 再将管状胃置于食管床内, 胃壁大弯侧与降主动脉表面胸膜固定 3~5 针, 使胃最接近原理解剖, 对消化功能影响不大。

老年人血管硬化, 毛细血管数量减少, 血流变慢<sup>[2]</sup>, 组织愈合能力差, 食管胃吻合口用带蒂大网膜包裹, 可减少吻合口瘘的发生<sup>[4]</sup>。全组吻合口均用带蒂大网膜包裹, 无一例发生吻合口瘘。因为大网膜有良好的血供, 血管走向较恒定, 吻合支丰富, 经剪裁易获取足够长度和面积的移植瓣。大网膜具有强大的渗出、吸收功能、抗感染和粘附特性, 易与周围粘连, 局限感染, 改善局部血供而促进愈合<sup>[5]</sup>。应用带胃网膜右血管蒂的大网膜包裹吻合口时须注意: ①大网膜

随胃进入胸腔的途中避免扭转, ②缝合膈肌切口大网膜通过处不要过紧, 当中留一个食指通过空隙, ③包裹吻合口要完全, 网膜合拢处, 吻合口上下大网膜均要与食管胃固定, 防止术中牵拉滑脱。

老年人肺泡壁变薄, 弹性减退<sup>[2]</sup>。胸腔积液, 引流管顶住肺均会影响肺的膨胀。放置胸腔引流管时, 我们在膈肌上外侧 7 号丝线缝一针, 将线扎成一个圆圈后, 把引流管头部插入, 使胸腔引流管位于肺底膈上, 既保证为低位引流排尽胸腔积液, 又防止了引流管翘起顶住肺, 引起肺膨胀不全。注意结扎线圆圈不要过紧, 以引流管进出顺利为前提, 以免拔管时困难。

参考文献

- 1 邵令方, 张毓德主编. 食管外科学. 石家庄. 河北科学技术出版社, 1987; 398
- 2 黄孝迈, 秦文瀚, 孙玉勇. 现代胸外科学 (第二版). 北京: 人民军医出版社, 1997; 232
- 3 胡晨虎, 孙桂武, 寇仁业, 等. 经胸行食管胃超胸顶吻合术. 中华胸心血管外科杂志, 1997; 13 (1): 64
- 4 沈九红, 陈开武, 许桂成, 等. 带蒂大网膜包裹食管胃吻合口治疗体会. 中华胸心血管外科杂志, 1995; 11 (1): 36
- 5 魏效森, 王静丽, 曲宏民. 带蒂大网膜移植治疗晚期食管破裂一例. 中华胸心血管外科杂志, 1996; 12 (3): 173

(收稿日期: 1998-12-10)

(上接 450 页)

畅<sup>[4]</sup>; ③胆总管缝合满意; ④术后体温降至正常; ⑤已有肛门排便排气; ⑥T 形管引流胆汁清晰。本组 1 例术后第 6d 试夹 T 形管胆漏患者, 术后 14d 经 T 形管行胆道造影, 证实胆总管内无残余结石, 提示十二指肠乳头有狭窄, 造影剂能进入十二指肠。该患者既往曾作十二指肠憩室手术致十二指肠漏行造瘘术, 腹腔有重度粘连。我们认为, 对于术中、术后曾应用激素者, 术后长时间发热不退, 肛门排气延迟, 以及全身情况差, 有低蛋白血症的患者<sup>[5]</sup>, 试夹 T 形管需谨慎, 应适当延迟。

有学者主张探查胆总管后缝合胆总管切口, 不置引流<sup>[6]</sup>, 因有缝合不严致胆汁外漏引致胆汁性腹膜炎, 或因括约肌痉挛, 炎症水肿而致缝合处渗漏。我们认为这种观点目前不能为大多数外科医生所接受。早期胃肠道功能尚未正常, 腹腔

内压高, 多有逆蠕动, 更增加胆漏的危险。本组于术后 5~7d 试夹 T 形管, 除前所述全身功能已正常外, 此时 T 形管周围已有一定的包裹, 尚有腹腔引流未拔除, 给试夹 T 形管增加了安全系数。

参考资料

- 1 实用外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1994; 789
- 2 王炳焯. 胆道手术前后的处理. 普外临床, 1986; (1) 6: 452
- 3 吴阶平, 裘法祖主编. 黄家驷外科学. 人卫版. 第五版, 1388
- 4 周家军. 改进传统 T 管引流的临床体会. 中国实用外科杂志, 1998; (18) 4: 245
- 5 王学志, 武西国, 薛永寿, 等. T 管拔除后胆漏 31 例分析. 中国实用外科杂志, 1994; (14) 6: 361
- 6 方永亮. 胆道手术中胆总管切开探查的适应症及 T 管引流. 普外临床, 1991; (6) 3: 175

(收稿日期: 1999-02-10)