

表 2 两组患者临床疗效比较 ( % )

| 分组  | n  | 显效 + 有效 | 无效 | 总有效率 (%) | $\chi^2$ | P      |
|-----|----|---------|----|----------|----------|--------|
| 治疗组 | 23 | 19      | 4  | 82.6     | 4.37     | < 0.05 |
| 对照组 | 19 | 10      | 9  | 52.6     |          |        |
| 合计  | 42 | 29      | 13 | 69.0     |          |        |

### 3 讨论

动脉血栓性脑梗死临床上非常常见,病死率虽不及脑出血,但致残率较高。脑梗死发生后,当脑血流量降至每分钟 10 ml/100 脑组织,神经细胞膜功能完全衰竭,脑血流完全阻断持续 5~10 min,神经细胞则发生不可逆损害,要挽救脑组织必须在此极短时间内恢复血流<sup>[1]</sup>,这在临床实际工作中显然不可能,而现在临床工作中的重点在于使血流尽快恢复,使缺血半暗带的神经功能得以恢复,这也是溶栓治疗的理论基础,国外在 20 世纪 80 年代即认为溶栓应在发病 6 h 内,最好在 3 h 内进行效果好,并发症少<sup>[4]</sup>,而现在国内也普遍如此认为。但在广大基层医院,大部分是农村病人,拘于经济、交通等原因,很少在此时间内就诊,而由于设备及人员技术水平等原因所限,短期内基层医院也难以开展。降纤酶治疗能有效的改善发病在 12 h 以内的急性脑梗死患者的生存状态,发病 6 h 以内开始用药疗效更显著,但有增加颅内出血事件的风险,出血事件的发生与血浆纤维蛋白原水平相关<sup>[5]</sup>。现在一般选择脱水、降颅压、降纤、抗凝、抗血小板聚集、脑保护剂等治疗。近年来,中药的基础理论研究取得明显进

展,在川芎嗪的研究中认为其不仅局限于抗血小板聚集,扩张小血管,改善微循环,其对氧自由基、过氧化物歧化酶以及钙离子通道均有明显抑制作用,甚至发现其对白细胞和小胶质细胞的浸润及激活也有明显的抑制作用。川芎嗪的脑组织保护作用,可能是通过抑制脑缺血区内皮细胞黏附分子的表达,减少白细胞和单核巨噬细胞在脑缺血区的聚集而发挥作用,此作用能明显缩小脑梗死体积,减轻脑水肿和改善神经元的机能状况<sup>[6]</sup>。通过本临床观察,在短期内应用川芎嗪似无明显作用,但较长时间使用能够明显改善动脉血栓性脑梗死的病情,这也符合中药起效较慢的特点,提醒我们在使用川芎嗪中疗程要足够。

本临床观察因病例数较少,结果有待大规模临床试验证实,但我们的初步观察结果证明川芎嗪使用 2 周以上对于动脉血栓性脑梗死有明显的疗效,且无明显毒副作用,值得临床应用。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 杨期东主编. 神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 130
- [2] 陈清棠. 各类脑血管病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380
- [3] 全国第四届脑血管学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383
- [4] del Zoppo GJ, Feher A, Otis S, et al. Local intrarterial fibrinolytic therapy in acute carotid territory stroke [J]. Stroke, 1988, 19(3): 307-313
- [5] 刘秀琴. 降纤酶治疗急性脑梗死临床再评价 [J]. 中华神经科杂志, 2005, 38(1): 11-16
- [6] 雷万龙, 刘勇, 袁群芳, 等. 川芎嗪对脑缺血保护作用的实验研究 [J]. 中华神经科杂志, 2000, 33(2): 100

[ 文章编号 ] 1000-2200(2006)05-0562-02

。 临床 医学 。

## 拔 T 管后胆漏、腹膜炎的原因分析及处理对策

刘昌阔, 吴志鹏, 孙礼侠

[ 摘要 ] 目的: 探讨拔 T 管后胆漏、腹膜炎发生的原因与防治措施。方法: 回顾性分析 13 例因拔 T 管所致胆漏、腹膜炎的临床资料。其中 7 例因窦道穿孔胆漏较小重新置管引流; 3 例因窦道断裂或窦道形成不完全, 用胆道镜寻见胆管壁上的漏口进入胆管, 在导丝引导下重新置管引流; 1 例单纯行腹腔引流术; 1 例行腹腔引流加内镜鼻胆管引流; 1 例再次行手术引流治疗。结果: 13 例试夹管后拔管均成功, 治愈出院。结论: 拔 T 管后致胆漏、腹膜炎与多种因素有关, 根据胆漏、腹膜炎的情况决定治疗方式。

[ 关键词 ] 腹膜炎; 胆漏; T 管

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 572.2 [ 文献标识码 ] A

[ 收稿日期 ] 2006-06-07

[ 作者单位 ] 皖南医学院附属芜湖市第二人民医院 普外科, 安徽 芜湖 241000

[ 作者简介 ] 刘昌阔 (1970-), 男, 主治医师。

胆总管切开置管引流术后拔 T 管致胆漏、腹膜炎是一种严重的术后并发症, 在临床工作中时有发生。1998~2005 年, 我院治愈 13 例, 现就其发生原因及治疗措施进行分析。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 13例中男 8例,女 5例;年龄 52~75岁。胆道术后 3~6周拔除 T管, T管拔出前均试验性夹管且 T管造影无异常。合并症:糖尿病 5例,肝硬化门静脉高压 3例,术前低蛋白血症 2例。

1.2 临床表现及诊断 13例的主要临床表现为拔 T管后立即出现急性腹痛,局限性右上腹痛 7例,右侧腹痛伴局限性腹膜炎 5例,全腹痛、弥漫性腹膜炎 1例。诊断:主要依据有胆道手术史、临床表现、腹部体征、腹腔穿刺、窦道造影(沿腹壁 T管引流口插入导尿管行碘水造影,造影剂溢入腹腔即可诊断为胆漏)。

1.3 处理方法 7例 T管拔除后出现局限性右上腹痛,造影发现窦道穿孔胆漏较小,立即用合适粗细的导尿管通过腹壁 T管引流口缓慢插入,直到有胆汁顺畅流出,在 X线机透视下造影发现 7例导尿管均位于胆管内,即固定导尿管,6周试夹管,拔管成功。5例 T管拔除后出现右侧腹痛伴局限性腹膜炎,立即用胆道镜沿 T管引流口进入探查,其中 3例因为窦道断裂或窦道形成不完全致胆漏、局限性腹膜炎,用胆道镜寻找到胆管壁上的漏口(即胆管切口)重新进入胆管,经内镜置入导丝至胆管,在导丝的引导下置入导尿管,造影确认置管成功,6周后窦道重新形成拔除导尿管;另外 2例胆道镜进入未寻见原窦道进入胆管的开口,再次置入导尿管行腹腔持续引流,1例腹痛逐渐减轻,腹膜炎体征消失,1周后 B超探查腹腔无积液,拔除导尿管;1例腹痛逐渐加重,6 h后经内镜鼻胆管引流(ENBD)症状得以控制,3周治愈出院。1例 T管拔除后出现全腹痛、急性弥漫性腹膜炎,立即行剖腹探查术,术中见窦道几乎未形成,找到胆管壁上的漏口,重新放置 T管及腹腔引流管,辅以生长激素治疗,2个月试夹管,拔管成功。

1.4 结果 13例试夹管后拔管均成功,治愈出院。

## 2 讨论

2.1 原因 (1)窦道形成缺陷: T管窦道形成是一种增生性组织修复过程,胶原纤维一般在术后 6~8天增生,11~12天可达到高峰形成窦道,一般情况下,术后 14天拔管不会形成胆漏,但对有合并症的患者,如患者体质差,合并低蛋白血症,贫血、肝硬化、糖尿病、高龄、长期应用激素等都会影响其窦道形成<sup>[1]</sup>。本组 13例,10例有合并症。(2)胆总管愈

合缺陷:胆总管切口的愈合除与上述全身因素有关外,还与局部的血供有关,胆管周围解剖过多、T管过粗、缝合过紧都可影响胆管血供<sup>[2]</sup>。(3)胆管出口不畅:如造影未发现的阴性残余结石,Oddi括约肌狭窄,乳头部新生物致胆管出口引流不畅时,胆道压力增加,拔管后胆汁易渗漏。(4)拔管损伤:缝合胆总管切口时误将 T管一并缝上,拔管时必将胆总管撕裂。拔管时操作粗暴,胆管、窦道都易损伤, T管修剪不妥拔管时易将窦道胀破。

2.2 治疗 诊断一般不难,凡拔 T管后腹痛者都要考虑有胆漏,可根据腹痛及腹膜炎的严重程度作如下处理:(1)若腹痛较轻,无明显腹膜炎体征,说明窦道穿孔胆漏较小,尽早经窦道置入合适粗细的导尿管通畅引流即可,本组 7例使用此方法。(2)若腹痛明显伴有局限性腹膜炎,可行胆道镜探查,常可找到胆管壁上的漏口,经内镜置入导丝至胆管,在导丝的引导下置入导尿管,造影确认置管成功,窦道重新形成拔除导尿管;如果无法寻见胆管壁上的漏口,一方面立即自原引流口置入导尿管通畅引流,一方面密切观察病情的发展,本组 1例获得成功,另外 1例因腹痛、腹膜炎体征加重加行 ENBD 内镜治疗胆漏国内有成功的报道<sup>[3]</sup>。(3)若出现急性弥漫性腹膜炎症状,再次手术无疑是必要的,手术探查应以引流腹腔、重建胆汁外引流为基本原则。重建胆汁外引流应根据探查结果而定,本组 1例很容易找到胆管壁上漏口,重新放置 T管和腹腔引流管,术后再辅以生长激素治疗,2个月痊愈,生长激素治疗胆漏的效果目前已得到肯定<sup>[4]</sup>。

2.3 预防 拔 T管后致胆漏、腹膜炎的原因是多方面的,预防应从多环节进行:(1)暴露胆管时勿过度解剖,以防损伤其血供。(2)选用口径合适的 T管且适当修剪,长臂对侧应剪去大小适宜的三角形,横臂剪去一半,利于拔管时二臂合拢而不增加口径。(3)缝合胆总管切口时慎防缝到 T管,最好只缝 T管一侧。(4)注意拔管前 T管造影、试夹管等常规步骤。(5)拔管时间要因人因病而异,一般以 4周为宜,可根据情况适当延长时间。

### [参 考 文 献]

- [1] 陈晓鹏.胆漏的原因及防治(附 22例报告)[J].中国实用外科杂志,2001,21(2):102
- [2] 李可为,施维锦.拔 T管致胆漏腹膜炎发生的原因及防治[J].肝胆胰外科杂志,2002,14(3):182-183.
- [3] 张宝华,张永杰,张柏和,等.术后胆漏的综合处理[J].中国实用外科杂志,2002,22(2):106-107.
- [4] 张永杰,张宝华,易滨.生长激素治疗胆漏的初步观察[J].第二军医大学学报,2000,21(11):1091