

状、长度与膀胱容量张力和诱因作用大小有关。本组 6例醉酒患者术后证实为腹膜内型膀胱破裂。腹膜外型膀胱破裂多伴有骨盆骨折, 9例腹膜外型膀胱破裂者中均合并骨盆骨折。徐教宁等<sup>[2]</sup>认为腹膜外型膀胱破裂多由固定膀胱的韧带牵拉撕裂或骨碎片直接刺伤所致, 部位多发生在前侧壁。

腹膜内型及开放型膀胱破裂易引起腹腔感染或同时合并腹腔内其它器官损伤, 其治疗原则是纠正休克后即行手术<sup>[3]</sup>。开放型膀胱破裂诊断不难, 但是如何尽快明确腹膜内型膀胱破裂是诊断的关键。膀胱造影是诊断膀胱破裂最有价值的方法<sup>[4]</sup>, 操作应在透视下进行, 并及时拍片。如造影剂外漏过多后, 常不易判断裂口位置和大小<sup>[5]</sup>。单纯的膀胱造影无法区分腹膜内型膀胱破裂与腹膜外型膀胱破裂, 因此通过腹腔穿刺抽出蓝色的血性液体, 可以确定腹膜内型膀胱破裂。对于没有抽出蓝色血性液体的而膀胱造影提示膀胱破裂的患者, 应考虑为腹膜外型膀胱破裂。本组 15例均行膀胱造影, 造影剂有不同程度的膀胱外弥散, 初步判断膀胱破裂, 结合腹腔穿刺, 抽出蓝色的血性液体 6例, 可以确定腹膜内型膀胱破裂诊断, 手术后证实。9例没有抽出蓝色血性液体的患者, 但膀胱造影提示膀胱破裂, 应考虑为腹膜外型膀胱破裂。对于腹膜内型膀胱破裂, 主张采取积极的手术治疗, 同时对腹腔内其它器官进

行检查, 探查结束后分层修补膀胱裂口, 可单纯留置 Foley 三腔导尿管, 并作腹腔引流。对于腹膜外型膀胱破裂, 是采取手术治疗还是采用留置导尿的保守治疗目前尚存争议。我们认为对于造影剂弥散范围较小, 保留导尿管引流通畅且泌尿程度轻, 排除有其它合并伤的患者给予保守治疗, 即采用大口径 Foley 导尿管引流, 并积极抗感染, 严密观察引流情况。反之手术探查是较为明智的选择, 手术方式根据损伤部位及程度行裂口修补术, 并作膀胱周围引流。

外伤性膀胱破裂, 结合病史及膀胱造影诊断并不困难, 但是通过腹腔穿刺, 可以进一步明确腹膜内型膀胱破裂和腹膜外型膀胱破裂的鉴别诊断, 对手术时机的选择具有重要的临床意义。

[ 参 考 文 献 ]

- [ 1 ] 许祖刚, 陈鸿钧. 醉酒后膀胱破裂 26例报告[ J ]. 中华泌尿外科杂志, 1999, 20(7): 395
- [ 2 ] 徐教宁, 陈方敏. 外伤型膀胱破裂 7例报告[ J ]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14(8): 339-340
- [ 3 ] 白少雄, 白海峰, 白呈祥. 外伤性膀胱破裂的诊断与治疗[ J ]. 创伤外科杂志, 2002, 4(4): 242
- [ 4 ] 吴阶平主编. 吴阶平泌尿外科: 膀胱损伤[ M ]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993, 904-905.
- [ 5 ] 苏汉忠, 白培明, 傅必成, 等. 外伤性膀胱破裂 20例报告[ J ]. 2005, 10(2): 111-112

[ 文章编号 ] 1000-2200(2007)05-0597-02

。 临 床 医 学 。

## 胆管探查术后 T管早期夹闭临床分析

姚海桥

[ 摘要 ] 目的: 探讨胆总管探查术后不同时间夹闭 T管对患者的影响。方法: 将 49例胆总管探查患者随机分为 A组 25例, B组 24例, A B组分别在术后 3~4天和 10~12天夹闭 T管, 对比分析患者入院及出院时的体重差别、术后主动下床活动时间、术后胆汁丢失总量。结果: 两组患者手术前后体重变化、术后开始下床活动时间及胆汁丢失量差异均有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。结论: 早期夹闭 T管对患者康复明显优于晚期夹闭。单纯胆总管术后宜早期夹闭 T管。

[ 关键词 ] 胆道疾病; T管; 早期夹闭

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 575.7 [ 文献标识码 ] A

胆总管切开探查后, T管引流有重要的作用, 尤其在基层医院, 虽有些学者尝试胆管切开一期缝合及胆汁回输, 但临床仍未普遍推广, 尚有商榷。但是传统的 T管引流时间长, 阻断了肝肠循环, 造成大量体液、电解质及消化酶丢失, 可能影响胃肠肌能的恢复, 影响消化吸收, 并可能造成水、电解质平衡紊

乱, 还可影响肠道免疫, 对患者的康复可能有很不利的影 响。为了减少和避免这些不利因素, 探讨早期夹闭 T管的可能性和优越性, 笔者设计了此项研究, 现作报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 1999年 8月~2004年 5月, 49例患者在我院接受胆囊切除胆总管切开放石、T管引流术, 其中男 32例, 女 17例; 年龄 22~68岁; 胆总管结石 32例, 胆管结石合并胆囊炎 17例。随机分

[ 收稿日期 ] 2007-03-16

[ 作者单位 ] 安徽省怀远县人民医院 外科, 233400

[ 作者简介 ] 姚海桥 (1969-), 男, 主治医师。

为 A、B 两组, A 组 25 例, B 组 24 例; A 组术后 3~4 天夹闭 T 管, B 组术后 10~12 天夹闭 T 管。两组手术前后用药大致相同。

1.2 方法 明确诊断病例, 常规行胆囊切除、胆总管切开取石, T 管引流, 术中经 T 管胆道造影无异常者入选。A 组胃肠功能恢复后即试夹 T 管, 患者如有不适可先行间断夹管至完全夹管, 术后 8~10 天拆线, 2 周后拔除 T 管; B 组则开放引流至 10~12 天后夹管(胆汁清亮后), 夹管 2~4 天后拔除 T 管。记录患者入院及出院时的体重差别、术后主动下床活动时间、术后胆汁丢失总量、进行对比分析。

1.3 统计学方法 采用  $t$  或  $t'$  检验。

## 2 结果

早期夹闭 T 管对患者康复明显优于晚期夹闭, 手术前后体重、术后开始下床活动时间及胆汁丢失量差异均有统计学意义 ( $P < 0.001$ ) (见表 1)。

表 1 两组术后 20 天基本情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

分组	n	体重下降 (kg) ( $\bar{d} \pm s$ )	术后开始下床 活动时间(天)	胆汁丢失量 (m)
A 组	25	1.96 $\pm$ 0.63	2.72 $\pm$ 1.26	1.489 $\pm$ 3.335
B 组	24	-2.49 $\pm$ 0.95	6.84 $\pm$ 1.83	7.175 $\pm$ 5.672
t	—	5.54	9.21	42.49 <sup>△</sup>
P	—	< 0.001	< 0.001	< 0.001

△示值

## 3 讨论

胆总管探查术后放置 T 管已为外科医师所接受。这种处理方法的优点不少, 但也有一定的不良反应, 最突出的问题是胆汁丢失过多, 这不仅会影响肠内营养物质的消化与吸收, 而且还有可能造成机体的水电解质平衡紊乱。为了减少胆汁丢失, 一些学者进行了各种探索, 郑樟栋等<sup>[1]</sup>认为患者选择适当, 胆管一期缝合可以做到安全有效, 能预防术后胆汁丢失。由于对这种一期缝合法临床医师尚存顾虑, 难以大面积推广。因此, 如何减少 T 管引流后胆汁的丢失, 便成为许多外科医师关心的问题。刘斌等<sup>[2]</sup>设计了术后 T 管正压引流早期夹管的方法, 通过提高引流管的高度来减少胆汁外流, 笔者临床试用后, 发现这种方法的缺点是提高并固定引流管后, 对患者术后的活动、护理等有一定的影响。李广庆<sup>[3]</sup>研究发现, 术后长时间的 T 管负压吸引, 除了引流丢失大量胆汁引起水电解质平衡紊乱、消化道吸收功能障碍等, 还不可避免地出现胆管胆汁的肠道细菌污染。我院早期用改良的 Caroli 测压装置行

术中胆总管测压造影和流量测定, 选择合适者行 T 管引流早期夹管, 效果满意<sup>[4]</sup>。其后, 我们选择术中胆道造影无异常者行早期夹管并行对照研究, 同样取得满意效果。本研究 A 组术后早期(3 天)试夹管, 1 周内实行完全夹管, 胆汁全部进入肠道, 参与消化吸收及肠肝循环, 患者消化功能改善, 食欲增进, 有利于营养吸收, 加快了术后的恢复。胆汁中的电解质不再丢失, 加上能进食, 患者不再携带引流袋, 有利于做适当的离床活动, 加速了康复的过程。早期夹管后患者初始有能够忍受的轻微胀痛, 仅有 5 例上腹部胀痛较明显且伴有恶心、呕吐症状。重新开放引流间断夹管后症状逐渐消失至完全夹管。尽管未观察术后肠粘连、腹腔脓肿等并发症的发生率, 但两组均无明显胆瘘发生, 未见有黄疸, 切口 I 期愈合, 痊愈出院。

行 T 管引流后早期夹管首先必须保证患者的安全。其适应证为: (1) 单纯性胆总管结石或胆总管探查阴性而 I 期缝合不安全者<sup>[5]</sup>; (2) 胆总管结石伴胆管炎等胆总管下端无明显狭窄者; (3) 胆汁引流清亮, 非泥砂样非脓性胆汁者; (4) 不伴急性胰腺炎者。术中胆管缝合质量亦是决定能否早期夹管的关键。早期夹管后患者若有明显腹痛、腹胀, 甚至畏寒发热, 黄疸加深应立即开放引流并寻找原因<sup>[6]</sup>。待情况好转后再试行间断夹管直至完全夹管。

夹管时间绝不等同于拔管时间。T 管应留置 2~3 周, 在免疫抑制的患者或引流管是由无反应性材料如硅橡胶制成的情况下, 甚至要留置更长的时间<sup>[7]</sup>。拔管之前常规胆管造影, 碘过敏试验阳性者则直接行术后胆管镜检查, 以期及时发现并取出胆管残留结石。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 郑樟栋, 许龙堂, 吴荣进, 等. 胆总管探查一期缝合的临床研究 [J]. 中华外科杂志, 1996, 34(8): 5101-5102
- [2] 刘斌, 温泉, 路达阳. 胆管术后 T 管正压引流早期夹管的临床观察 [J]. 腹部外科, 1993, 6(3): 1031-1032
- [3] 李广庆. T 管引流时肠内容物逆流流入胆管的临床研究 [J]. 中华外科杂志, 1992, 30(4): 311-312
- [4] 陈军, 姚海桥, 马良双, 等. T 管引流时间的探讨 [J]. 肝胆胰外科杂志, 1999, 11(1): 21
- [5] 刑宏立, 李恒力, 王艳静, 等. 胆-肠吻合、胆总管探查一期缝合免置 T 管在治疗肝胆管结石的应用 [J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(11): 1846-1847
- [6] 姚利琴. 胆总管探查后一期缝合 56 例体会 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(3): 1811-1812
- [7] 凌宝存, 郭金龙编著. 现代外科引流技术 [M]. 北京: 人民军医出版社, 1996: 110-119.