维普资讯 http://www.cqvip.co

生，只有1例进行了二次手术。

Chirurgische[13]在18例传统的采用肝圆韧带修补的基础上，于22例患者中采用了微创技术－腹腔镜手术，证实腹腔镜下手术术后效果与开腹手术无明显差异，且具有手术操作相对简单及并发症少等优点。Nathanson[14]以腹腔镜肝圆韧带修补术治疗内科治疗无效的反流性食管炎，应用于5例患者，通过延长食管腹内段，增大His角，而实现食管下括约肌的功能，所有患者术后症状缓解。

参 考 文 献

1. Taranenko LD, Medvedenko AF, Belonenko GA, et al. Catheterization of the ligamentum teres hepatis for repeated drug administration in acute pancreatitis. Klin Khir, 1983, 11: 44－45.
2. Ohhira M, Ohta H, Ohhira M, et al. Altered intrahepatic pathway of para-umbilical vein in portal hypertension. J Gastroenterol hepatol, 1998, 13: 691－695.
3. Settaf A, Balafrej S. Biliary surgery using the ligamentum teres. Technique for repairing loss of substance in the commonn bile duct. Ann Chir, 1993, 47: 529－533.
4. Yng DJ, Ho GT, Cai JX. Anatomic bases of the vascularized hepatic teres ligament flap. Surg Radiol Anat, 1997, 19: 293－241.
5. Pitt HA, Miyemoto T, Parapatis SK, et al. Factor influencing outcome in patients with postoperative biliary strictures. Am J Surg, 1982, 144: 14－17.
6. Skriabin On, Mitin SE. Methods for surgical prophylaxis of the development of acute gastroduodenal ulcers. Klin Khir, 1992, 11: 20－23.
7. Costalat G, Alquier Y. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatis. Surg Endosc. 1995, 9: 674－676.
8. 藤井秀樹ほか：膵頭十二指腸切除後における膵管非擴張例に對する 膵腸吻合術の理論的根とその際．日消外会誌，1999, 32: 1432－1434.
9. 山藤和夫ほか：膵頭十二指腸切除 再建後の有大網 による腸吻合部と剥離血管系の分離とその有用性．手術，2001, 55: 131－134.
10. 坂入隆人ほか：肝丹索·肝鎌状間膜を用いた血管被覆法．手術，2000, 54: 12: 1265－1267.
11. Ulrich B, Kremer K. Dynamic pexis (teresplasty) in the treatment of reflux exophagitis. Zentralbl Chir, 1986, 111: 853－861.
12. Flament JB, Plet H, Palot JP, et al. Cardopexy using the hepatic ligament in the treatment of gastroesophageal reflux. Apropos of 200 cases. Chirurgie, 1991, 117: 214－223.
13. Chirurgische K, Bethesda KW. Laparoscopic ligamentum teres－plasty. Zentralbl Chir, 1995, 120: 694－700.
14. Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A. Laparoscopic ligamentum teres (round ligament) cardiopexy. Br J Surg, 1991, 78: 947－951.

（收稿日期：2002－03－26）

·个案与短篇·

头孢类药物与喹诺酮类药物存在配伍禁忌

廉爱玲* 杨 威* 王笑梅* 刘继兰*

随着科学技术的不断提高，一些新的抗生素不断研制并应用于临床。这些新药在静脉药物配伍“禁忌表”中并无记载。悉复欢正式品名是乳酸环丙沙星注射液，属喹诺酮类广谱抗菌素；全达正式品名是头孢哌酮钠，属第三代头孢菌素。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科手术后病人常联合使用这两种抗菌素，临床应用时将全达2.0g加入生理盐水250 ml中静滴，悉复欢200 mg静滴，当输完全达更换悉复欢时，输液管内即出现白色絮状浑浊，重新更换输液管后液体澄清、透明，病人无不适感。

1.2 方法

实验抽以悉复欢注射液10 ml(透明液体)，再抽取已溶解在生理盐水中的全达10 ml(透明液体)，即刻反应为白色浑浊物。查悉复欢说明书没有指出与哪种药物存在配伍禁忌，实验结果表明是悉复欢与加在生理盐水中的全达起反应而生成浑浊的絮状物。

2 讨论

临床联合使用这两种抗菌素时应在两种液体之间用0.9%生理盐水冲管过渡，以免药物配伍禁忌反应发生。

（收稿日期：2003－03－24）

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院骨二科