维普资讯 http://www.cqvip.com

症尤为重要。1. 取栓前护理：入院后为病人制定护理计划，嘱病人平卧位，减少肢体活动，严密监测血压、脉搏、心率及呼吸，重点观测患肢动脉的搏动及皮肤颜色；建立静脉通路，遵医嘱给扩血管及溶栓药物静脉滴注；急查PT、KPTT（出、凝血时间，凝血酶原时间）、肝功；脐下及会阴部备皮；向病人及家属做好术前说明，消除紧张情绪，使之配合治疗；术前肌注安定10mg，阿托品0.5mg，进入手术室。2. 取栓中护理：进行六联观察；注意心电变化，随时触摸患肢动脉的搏动情况，有无恢复，患肢皮肤温度及颜色的改变情况等。3. 取栓后护理：①绝对卧床休息，患肢制动6小时，观察生命体征及患肢动脉搏动、皮温、颜色变化，注意观察留置管处包扎是否完好，有无渗血渗液情况。②保持肝素盐水（肝素12500U+0.9%生理盐水500ml）冲注管道畅通，局部灌注药物时速度宜慢，以减轻药物对局部血管刺激。③患肢保暖，促血运循环，禁用热水袋。④肝素盐水冲注速度不宜过快，10滴/分左右。术后定时监测PT、KPTT，根据化验回报调整药量，遵医嘱口服潘生丁、阿斯匹林。⑤严密观察病人意识及瞳孔，预防脑出血等并发症，备齐抢救药品及用物，做好特护记录。

（收稿：1999-03-17）

314-315 胆囊横结肠内瘘二例诊治 39

胆囊横结肠内瘘五例诊治体会

王 伦* R657.4

胆囊横结肠内瘘是胆囊与横结肠之间形成的病理性通道，为胆内瘘的一种，是胆石症引起的一种少见并发症。1995年2月～1999年1月共收治5例，报告如下。

一、临床资料：男3例，女21例，年龄最高72岁，最低35岁，慢性结石性胆囊炎病史5年以下1例，5～10年1例，10年以上3例。临床表现与体征：长期反复不同程度右上腹痛5例，恶心、呕吐、腹泻4例，寒颤、发热、黄疸1例。右上腹压痛3例，Murphy征阳性3例，胆囊肿大，右上腹包块2例，B超提示慢性结石性胆囊炎4例，胆囊颈部结石嵌顿、胆总管扩张表现为Mirizzi综合征1例，化验：WBC＞10×10^9/L 4例，TB＞22 umol/L，CB＞9 umol/L，UB＞19 umol/L，DB＞10 umol/L 2例，ALT＞72 u/L 1例。纤维结肠镜检查提示"异常瘘口"3例。

手术方法：在持续硬膜外麻醉或全麻下，4例行单纯胆囊切除术，横结肠瘘口修补术。1例行胆总管探查切开取石、"T"管引流、横结肠瘘口修补术。

二、结果和讨论

1. 发病机制：胆囊横结肠内瘘是极少见并发症，文献报道占胆内瘘第三位[1]。胆囊结石或嵌顿于颈部结石引起梗阻性胆囊炎，甚至胆囊积脓，胆囊与横结肠粘连，炎症波及，随着胆囊内压力不断增高，囊壁出现水肿、血液及淋巴回流受阻，血管通透性改变等病理性变化，使囊内压力进一步增高，缺血、坏死、穿孔，最后胆汁流入肠腔，二者之间形成通道。2. 临床表现与诊断：胆囊横结肠内瘘无特异性临床表现，多数有长期反复右上腹痛，放射至右肩胛、背部，恶心、呕吐等慢性结石性胆囊炎病史，少数病员出现寒颤、发热、黄疸。顽固性腹泻是该病主要表现，是由于胆盐直接进入肠道刺激肠粘膜。个别病人出现右上腹包块，多系反复炎症累及或邻近脏器包裹形成之故。本组术前确诊3例，2例为剖腹探查胆囊切除时确诊。B超可提示慢性结石性胆囊炎，确定右上腹包块，胆囊大小，但难以发现瘘口部位。CT可发现肠道与胆囊等密度或高密度影可考虑本病，X线检查腹部平片，文献报道呈气胆症占30%[2]，但气肿性胆囊炎、胆肠吻合术后、Oddi括约肌松弛者应除外。结肠充气造影[3]、结合纤维结肠镜检最有诊断价值，可提示瘘口部位、形态、大小、取材活检、鉴别诊断。3. 治疗：胆囊横结肠内瘘对因结石所致梗阻性胆囊炎、胆囊内压增高者有暂时的减压、排石作用，但可引起严重的上行感染，增加胆道反复感染机率，甚至导致肝功损害、胆囊恶变[4]，故多数学者均主张手术治疗。文献报道，对无症状而有下列情况者应手术[5]，如胆囊、胆道内存在结石、怀疑胆囊恶变、ERCP提示胆囊管闭塞、囊内不显影者。但亦有学者主张无症状者勿需处理。

采取的术式主要为胆囊切除、横结肠瘘口修补术。

* 作者单位：553302 贵州省纳雍县中岭镇卫生院

维普资讯 http://www.cqvip.com

若有胆总管探查指征者，则应行胆总管探查、切开取石、"T"管引流或胆肠吻合、横结肠瘘口修补术。以阻断胆内瘘，重建胆汁正常通道。

参 考 文 献

1. 石影森，郝秀原，周岩锁，等. 胆内瘘的诊断与治疗. 肝胆胰外科杂志，1997，9(3)：124.
2. 张景帆，江振炎，叶前位. 胆囊十二指肠内瘘1例. 胆胆外科杂志，1997，5(6)：384.
3. 邱辉忠，钟守先. 胆内瘘26例分析. 中国医科院学报，1990，12(4)：293.
4. 刘 荣，赵忠良. 胆内瘘的诊疗体会. 胆胆外科杂志，1997.5(5)：299.
5. 孔庆德. 临床X线诊断手册. 上海科学技术出版社，1997.6：420.

(收稿：1999-04-08)

子宫内膜癌术后致大量腹水一例

李银珠* 朱文侠**

一、临床资料

患者丁某，女，63岁，汉族，已婚。因绝经11年，阴道不规则出血1年就诊。经诊刮病理诊断为：子宫内膜不典型增生，伴局部癌变收入院。查体：体温、呼吸、脉搏正常，血压24/14kPa，心肺及肝肾均正常。妇科检查：已婚经产型外阴，阴道通畅，粘膜光滑，有少量白色分泌物，宫颈光滑无肥大和萎缩；子宫体水平位，正常大小，质中；无压痛，活动度良好。双附件区未触及异常，双侧主骶韧带无增厚及变硬。B超示：子宫4.7cm×4.6cm×5.6cm，宫腔线居中，有少量积液；化验检查：尿糖(+)，血糖9.1mmol/L，Hb13.8g/L，WBC 5.2×10⁹/L，入院诊断：①子宫内膜癌；②原发性高血压；③糖尿病。术前经控糖，降压治疗，血糖、血压维持正常后行全子宫切除加盆腔淋巴结清扫术，手术顺利，淋巴清扫采取剥脱十钝、锐性分离结合法，较大淋巴管处予以结扎；术中见腹水少量约200ml，色清；术中未关闭后腹膜；术毕阴道残端放置烟卷式引流，24小时后取出。术后常规抗感染，补液并控制血糖治疗。

术后第3天病人出现轻微腹胀，阴道无液体流出，术后第5天，腹部切口处有血水流出，经检验，血性，比重<1.05，pH8.0；查体：T 37℃，Bp19/11kPa，腹部伤口无红肿，尿色清亮，尿量可；排除输尿管、膀胱损伤后，考虑为淋巴液漏出所致。腹水呈进行性增加。遂给抗感染，支持治疗，预防低蛋白及电解质平稳失调同时行腹腔引流，术后第8天引流液呈淡黄色；术后16天腹水明显减轻，22天腹胀消失，B超示腹腔积液少于200ml，引流拔除，出院。

二、结果和讨论

盆腔淋巴清扫术术后并发症中常见淋巴囊肿，而淋巴漏出致大量腹水较少见。妇科恶性肿瘤在行淋巴清扫术中必需去除或广泛地剥离脂肪组织和髂血管，闭孔窝的淋巴脂肪组织，难免在腹膜后踪留下无数被切断的淋巴管和很大的创面，而淋巴管结扎较困难，因而术后淋巴液漏出；另外还有组织液的渗出和创面的微量渗血。这些液体引流不畅，又不能被吸收，于是积存于腹盆腔，该病人未缝合后腹膜，故形成淋巴囊肿，而积聚于腹腔，因引流不畅形成大量腹水。鉴于此在盆腔淋巴结清除术时应注意：术中应尽量结扎盆壁边缘的淋巴组织断端，尤其对髂血管，腹股沟深部淋巴结和来自闭孔的淋巴管进行结扎是十分重要的。术后注意延长盆腹腔引流时间。

(收稿：1999-05-17)

* 作者单位：054000 河北省邢台市妇幼保健院妇产科
** 延安大学医学院局解手术学教研室