维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2003年第12卷第5期
J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.5

止体位性低血压，防晕厥。⑥观察有无高血压脑病及脑出血倾向，如果患者突然发生剧烈头痛、呕吐、视觉障碍以及意识障碍等高血压脑病等症状时，应警惕脑出血的发生，采取有效措施控制高血压，密切监测血压的变化。⑦保持低盐饮食，控制体重增长 少食高脂肪及高胆固醇的食物，多食高维生素、高纤维素及含钾丰富的新鲜水果和蔬菜，防止大便干燥，戒烟限酒；术后逐渐增加活动量，增强体质。⑧对病人及家属进行有效的健康教育，知道哪些因素可引起血压的增高，掌握如何维持血压的相对稳定。

[参考文献]

[1] Rodicio JL. Calcium antagonists and renal protection from cyclosporine nephrotoxicity: long-term trial in renal transplantation patients [J]. J Cardiovasc Pharmacol, 2000, 35(3 Suppl 1): S7 - 11.

[2] Koomans HA, Ligtenberg G. Mechanisms and consequences of arterial hypertension after renal transplantation[J]. Transplantation, 2001, 72(6 Suppl): S9 - 12.

[3]马永贵，方淑贤，苑力娜，等.血管紧张素转换酶抑制剂治疗肾移植后高血压[J]. 中国医院药学杂志，2000，20(6)：360 - 362.

[4]Kew CE, Curtis JJ. The best way to manage hypertension after renal transplantation[J]. J Ren Nutr, 2000, 10(1): 3 - 6.

（编辑：左艳芳）

胆总管损伤原因分析与手术治疗体会

Analyzing the cause of choledocho-injury and experience of surgical therapy

杨铁成[1]，徐志纯[1]，张文杰[1]，孙儆非[2]，吴 艳[2]

（鞍山钢铁集团公司立山医院：1.外科；2.ICU病房，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 胆总管；损伤；手术治疗
[中图分类号] R657.4 [文献标识码] B [文章编号]1672 - 5042(2003)05 - 0356 - 02

胆总管损伤临床较少见，我院十五年间仅发现四例，结果1例死于多脏器衰竭，另3例治愈，现结合文献[1-2]将胆总管损伤的原因及手术治疗体会报告如下。

1 资料与方法

病例1，女性，6岁，临床诊断腹膜后畸胎瘤患者。因切除畸胎瘤时误将胆总管损伤0.2 cm，术后次日剖腹探查发现胆总管损伤胆汁外溢。局部放一引流物，30 d后行胆总管缝合修补，术后出现切口感染，住院治疗42 d后治愈出院。

病例2，女性，32岁，临床诊断腹腔囊肿。实为先天性胆总管囊状扩张，手术误为腹腔囊肿而将胆总管切断。术中立即将左右肝管与空肠吻合，放置引流管。术后持续高热黄疸一周。住院治疗21 d后治愈出院。

病例3，男性，56岁，临床诊断为开放性腹外伤。术中发现胆总管内有结石一枚(5 cm x 3 cm x 3 cm)，胆总管变黑、水肿、破裂，胆汁外溢。术中清除坏死组织，取出结石，勉强缝合及大网膜覆盖，置"T"管引流及腹腔引流管。术后并发胆汁瘘，多脏器功能衰竭。于术后第8天死亡。

病例4，男性，53岁，临床诊断胆囊结石胆囊炎。切除胆囊时误将胆总管切断。术中将胆总管与空肠行Roux-Y吻合术，放置引流管及空肠造瘘营养管。术后出现切口裂开，经住院治疗62 d后治愈出院。

[收稿日期] 2003 - 08 - 11 [修回日期] 2003 - 10 - 25

2 讨论

2.1 胆总管损伤原因

胆总管解剖位置比较隐蔽，前面有肝十二指肠韧带前叶；后面有腹壁保护，一般不易发生损伤。胆总管分为四段，即十二指肠上段、十二指肠后段、胰腺段和十二指肠壁段。其中十二指肠上段最长，位于肝十二指肠韧带内，另外三段较短但皆被脏器包裹。本组四例胆总管损伤均发生在十二指肠上段，一例为交通性腹外伤引起，另三例为医源性胆总管损伤。分析损伤原因交通性腹外伤引起胆总管破裂者，术中发现胆总管内有一枚较大结石(5 cm x 3.5 cm x 3 cm)，考虑由于胆石的存在导致胆总管扩张、壁变薄，特别是在外力作用下，造成腹内压增高而引起胆总管破裂。而三例医源性胆总管损伤，分析除了术者对胆总管周围解剖关系不熟悉是主要原因外，胆总管周围组织粘连水肿，以及因病变导致胆总管解剖位置发生变化也有一定关系。例如本组一例先天性胆总管囊肿，术前术中都误认为是腹腔的囊中而盲目切除，最终导致胆总管损伤。另一例胆囊结石，因胆囊管与胆总管粘连较重，未能辨认清楚误将胆总管切断，也都说明了这一问题。

2.2 胆总管损伤的手术治疗

胆总管损伤一经发现应积极手术治疗。术中应根据损伤情况而实施缝合修补或胆肠吻合术，以保持胆道的连续性和胆汁的正常排泄。本组三例医源性胆总管损伤中有二例，由于发现早，及时手术治疗，最后获得治愈。另一例交通性腹外伤，因

维普资讯 http://www.cqvip.com

症状体征不明显，虽已进行腹部B超及CT检查，但医护人员都缺乏对胆总管损伤的认识，故在伤后12 h才进行手术，结果因胆总管损伤时间较长，破裂处已变黑坏死，周围水肿，大量胆汁外溢，此刻作修补或胆肠吻合术都很棘手，最后病人死于多脏器衰竭。因此，应提高对胆总管损伤的认识，尤其对于腹外伤者如B超和CT发现胆总管周围有血块或积液时应想到有胆总管损伤的可能，应积极手术探查，要求全麻下仔细检查，认真冲洗，选择合理术式及放置好引流管，术后加强监护治疗，辅以广谱有效的抗菌素抗炎，加强营养支持，这样能减少并发症，降低病死率，提高胆总管损伤的治愈率。

[参考文献]

[1] 郑士友. 胰腺损伤诊治体会[C]. 第八届全国外伤学术会议论文汇编. 海口:2001.116.
[2] 王海学. 110例腹部闭合性损伤诊治体会[C]. 第八届全国外伤学术会议论文汇编. 海口:2001.116.

(编辑:兰阳军)

手术治疗107例高血压脑溢血的体会

Experience in operative therapy of hypertensive cerebral hemorrhage in 107 cases

郑念东[1]，朱晓丹[2]，熊献尧[1]，李 庆[1]，王 山[2]
(1.乐山市人民医院神经外科，四川 乐山 614000；2.犍为县中医院外科，四川 犍为 614400)

[关键词] 高血压；脑溢血；手术
[中图分类号]R544.1；R743.34 [文献标识码] B [文章编号]1672－5042(2003)05－0357－02

脑溢血是指原发于脑实质内和脑室内的出血，又称脑出血或出血性脑卒中。脑溢血的病因半数以上是高血压病所致，其他病因包括颅内动脉瘤、动静脉畸形、动脉炎和维生素C缺乏症等。我科1993年12月至2003年6月对107例高血压脑溢血患者施行了手术治疗，取得了较好的疗效。现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 本组107例患者中男性74例，女性33例。年龄37～83岁，平均61岁。高血压病史1～28年，平均7年。

1.1.2 临床表现 清醒12例，嗜睡或意识朦胧43例，昏迷52例，偏瘫87例，去大脑强直10例，失语21例，单侧瞳孔散大21例。Glasgow(GCS)评分≥9分76例，评分＜9分31例。

1.1.3 血肿部位 基底节区外侧型出血39例，基底节区内侧型出血28例，脑室内出血24例，额叶出血8例，枕叶出血4例，小脑半球出血3例，硬膜下出血1例。左侧61例，右侧46例。出血量15～90 ml不等。

1.2 手术方法

1.2.1 手术方式 ①微创血肿清除碎吸术[1] 15例：本方法使用YL－1型一次性使用的颅内血肿粉碎穿刺针，粉碎吸出血块，术后24 h内开始注射20 000 U的尿激酶[2]，保留2 h后放开引流，每日一次，根据CT复查结果，引流3～7 d不等。②小骨窗血肿清除术65例：均为额、枕叶或基底节区血肿。③单纯脑室外引流术17例：术后定时注射尿激酶(方法同上述)。④枕下开颅血肿清除减压术3例：后凹开颅血肿清除后硬膜不予缝合。⑤联合手术7例：脑室内血肿清除加对侧脑室外引流；该类患者为脑室内血液铸型形成，梗阻性脑积水，清除同侧侧脑室内血肿，对侧安置脑室外引流。

1.2.2 手术时机 本组患者发病后手术时间在3 h至3 d不等。其中超早期手术[3-4](发病后7 h以内)19例，脑疝形成后手术43例。

2 结果

本组患者术后均在3～7 d复查CT，以后根据病情需要连续进行CT检查。7 d内血肿大部分清除吸收75例，继发脑梗塞11例，因再次出血二次手术8例。依据ADL[5]预后评判：①优良18例(完全恢复工作)；②劳动能力稍差26例(生活自理)；③劳动能力部分丧失25例(生活半自理)；④劳动能力完全丧失14例(卧床不起，保持意识)；⑤死亡24例无植物生存状态患者，病死率22%。

3 讨论

随着社会的进步、人民生活水平的提高和医疗条件的改善，人均寿命大幅度提高，老年人比例上升，高血压脑溢血的发生率逐步增加。因脑溢血发病急骤、进展迅猛、致残率、死亡率高，治疗过程中耗费人力、物力多，国内相关资料表明非手术保守治疗死亡率在40%～70%[6]，成为神经科医生迫切需要研究的课题。

3.1 术前病情分类

1981年中华医学会脑血管专题学术会议提出高血压性脑溢血的病情分为五级：Ⅰ级：清醒或嗜睡，不同程度偏瘫及/失语；Ⅱ级：嗜睡或朦胧，不同程度偏瘫及/失语；Ⅲ级：浅昏迷，偏瘫、瞳孔等大；Ⅳ级：昏迷，偏瘫、双瞳等大或不等大；Ⅴ级：深昏迷，去大脑强直或四肢软瘫，单或双侧瞳孔散大。107例患者术前分级与预后关系见表1。

[收稿日期]2003－10－22 [修回日期] 2003－11－27