维普资讯 http://www.cqvip.com

及时。术中胆囊切除后要常规检查胆总管是否充盈、肝门处有无胆汁渗出，如发现胆管损伤应立即处理。

胆囊手术后、如病人出现进行性黄疸，高热，切口或腹腔引流管周围有胆汁溢出，右上腹有压痛，反跳痛、脉速，应考虑到有肝外胆管损伤，因为上述体征是单纯胆囊切除后不应有的症状，应进一步仔细检查，必要时剖腹探查及时处理。肝外胆管损伤一般在术后2～4天出现临床症状，如诊断有疑问可做PTC检查，诊断一般不困难。除此以外肝功能，转氨酶、AKP，血胆红素及血浆蛋白等实验检查有利于鉴别内科黄疸还是外科黄疸。

二、治疗措施：主要是重建胆道，其手术方式要根据损伤时间长短，部位高低，胆总管粗细，局部水肿炎症的程度来决定。

1. 胆管对端吻合：术中发现胆管缺损不超过2cm，可做端端吻合，由于一般单纯胆囊切除的病人胆总管不粗，胆管内应放置适宜的"T"管，"T"管位置应在吻合口上或下端引出，以免拔管后吻合口狭窄，或拔管时吻合口撕裂伤。拔除"T"管时间一般主张术后6～12月，本组病人分别放置3～6个月，远期效果较好。

2. 胆管十二指肠吻合，损伤后如近端胆总管结扎、结扎以上肝内外胆管显示扩张，局部炎症水肿较轻，可做胆管十二指肠吻合，其缺点易造成逆行感染，返流性胆管炎，继发性吻合口狭窄。

3. 胆总管空肠Roux－y吻合术，如胆管增粗、局部炎症轻、最好做本术式，胆肠吻合术与空肠端侧吻合术口相距40～50cm以防逆流。

4. 肝管成形和空肠Roux－y吻合术：本组有2例病人属此类型，这种高位胆管损伤重建胆道手术难度较高，首先应将左右肝管四周肝组织清除少许，然后将两管拉拢并在一起，在两管的前后壁用丝线间断缝合，在前后壁缝线之间剪开管壁，使两管变为一管，再和空肠吻合，在吻合口下方放置双套管引流。

本组病人除1例肝管成形和空肠Roux－y吻合术后伴有短暂胆瘘外，其余在住院期间均无并发症，术后最长时间已15年，最短时间1年9个月，未发生远期狭窄等并发症。

三、预防：从本组病人分析，预防医源性胆管损伤，应注意以下几方面。

1. 麻醉选择以连续硬膜外麻醉较好，使腹肌松弛，手术野暴露好。

2. 术者一定要熟悉胆道及其所属血管的正常异常解剖，切除胆囊时不能牵拉过度，以免损伤胆管。

3. 术中胆道周围出血时不能盲目钳夹止血，或盲目缝扎止血，应将手指捏紧十二指肠韧带中的肝动脉，查清出血点，然后钳夹或缝扎止血。

4. 不能轻视胆囊切除手术，手术方式不要强调顺行切除，对手术困难的病人可采用顺行和逆行两种方法相结合较为安全。

5. 对慢性萎缩性胆囊炎，或坏疽性胆囊炎手术困难者，可采用切开囊腔分块切除胆囊。

参考文献

1. Bismuth H. Postoperative Strictures of the bile dret in the biliary tract New york; churchill Livingstone 1982;216
2. 巢正善，等. 间置空肠胆管十二指肠吻合治疗胆总管良性狭窄，实用外科杂志1984;4(4):194.
3. 姜广杰. 医源性胆管狭窄的发生和处理，国外医学外科分册1988;1:16.
4. 夏穗生，医源性梗阻性黄疸，实用外科杂志1989;9(10):512.
5. 刘永雄. 空肠袢在胆道外科的应用，实用外科杂志1990;6:320.

（收稿：1993－09－03）

22－23

心包切开引流治疗脓血性心包炎

广东韶关红岭矿职工医院　廖力强

（广东韶关红岭，邮政编码512631）

R654.205

病历摘要：李某，男，15岁，畏寒发热，全身肌肉疼痛、四肢无力13天。患者出现持续高热，体温38℃～40℃，呈弛张热型，伴咳嗽、咳痰；痰为恶臭味，仓促。肩胛部、骶部、股部发现表面红、肿、热

心包膜；引流术；治疗；化脓性；心包切开

维普资讯 http://www.cqvip.com

医学教育，外科手术学，医德

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 1 期总第 9 期

痛，波动感。用青霉素 G，地塞米松治疗无效，于 1989 年 4 月 20 日收入院。

查体：体温 38.5℃，呼吸 28 次/分，脉博 120 次/分，BP11.78/7.98Kpa，左肺呼吸音减弱，右肺呼吸音粗，两侧肺底干、湿罗音，心界向左侧扩大，心包摩擦音，各听诊区未闻病理性杂音。心电图：提示心肌劳损。

化验：血钾 2.34mmol/L，钠 135mmol/L，氯 192mmol/L，白细胞 1.6×10^{4}/ul，红细胞 3.94×10^{6}/ul，HGB12.5g/dl。全胸片（仰卧位）：心脏扩大，多发性肺脓痛症。B 超检查：全心包大量积液，肝、脾、肾均正常。入院诊断：脓毒败血症，多发性脓肿（心包、肺部、肩胛部、骶部、股部），肺部感染。

入院后，肩胛部、骶部、股部均切开排脓，脓为黄色粘稠液，脓液病检：有金黄色葡萄球菌生长（血浆凝固酶阳性）。抗炎治疗，用大剂量氧哌嗪青霉素、庆大霉素、先锋霉素 V、丁胺卡那、灭滴灵交替应用，感染控制。于 1989 年 5 月 13 日在局麻下行手术治疗。

心包开窗引流术：在剑突下胸骨左缘作一平行肋缘切口，进入胸腔，探查发现心包脏、壁层有粘连，给予分离，置二条胶管于心包腔内，大量暗红色心包液涌出，有少量脓苔，放出约 900ml，术后 2 小时，心包腔流出淡红色血水 400ml，病人面色苍白，脉细而速，呼吸急促，口渴。立即给予吸氧，输入“O 型”血 800ml，用西地兰 0.2mg 加 10%葡萄糖 20ml 静注；速尿 20mg 加 10%葡萄糖 20ml 静注，经过抢救，病人转危为安。心包脓液病检：有金葡萄和溶血性链球菌生长（血浆凝固酶阳性）。

治疗期间：合理应用敏感的抗生素，分次输血共 5000ml，20%白蛋白 50ml 共 6 次，能量合剂，维生素族，复方氨基酸，来提高机体抵抗力，纠正心衰、贫血症状；三个月后，病人体质明显恢复，转入门诊治疗。

讨 论

本例为多发性脓毒败血症，入院前已出现全身感染症状，心包、肺部、肩胛部、骶部、股部等广泛脓肿；尤其是心包积液，压迫心脏，引起胸闷、仓促症状明显，行心包天窗引流；大剂量抗菌素冲洗心包腔，减轻了心脏机械性压迫，清除了病灶，感染被迅速控制。多发性脓肿是局部化脓病灶脓细菌栓子间歇地进入血流循环，在身体各处组织或器官内发生转移，病人全身情况差，致病菌大量繁殖，毒性强大，毛细血管受损，引起出血。心包液因混有较多的红细胞而呈浆液血性，可能是炎症反应导致心包血性的原因，心包引流液为血性实属罕见。

（收稿：1990—03—01）

23—25

技能教学与医德培养

第一军医大学南方医院外科教研室 孙大成

（广东广州，邮政编码 510515）

R6[—4

外科手术学做为医学教育的一环，在人才培养目标上正面临新技术革命的挑战。如何适应人才观由知识型、智能型向素质型的跨越，是对手术学教学传统观念的强力冲击和检验。在手术学教学中更新教学观，使专业技能训练和学生医德培养在理论和实践的更高层次上紧密结合，是外科技能教学深入发展的方向和趋势。

随着改革开放的深入和市场经济的发展，医学生的价值观念正在发生深刻的变化。在新的条件下，进行外科手术学教学如何渗透医德教育，寓德于教，既教书又育人，几年来我们做了初步尝试，现将我们的工作情况和体会报告如下。

医德教育是人才全面发展的重要组成部分。医学道德观念的行为在技术性很强的手术学教学中如何训练和培养，具有特殊意义。在外科临床上，医德的现实情况常常体现在服务与提高、个人与集体、医技与医德、发展与素质等几个关系的处理上。针对临床实际，有的放矢地在手术学教学中解决好上述几个关系，是技能教学中迫切而现实的问题。

一、服务与提高，强化学习动机

在市场经济条件下，学生的学习动机展现出