万方数据 http://www.cqvip.com

四、对于开放性颅脑损伤的患者一定要强调彻底清创。清创范围包括清除颅骨碎片及坏死脑组织等异物，扩大创面彻底暴露损伤部位。本组 1 例顶骨粉碎性骨折、脑组织挫裂伤在本矿山卫生所施行手术，由于扩大了创面，彻底清除了碎骨片及部分碎裂脑组织而获成功。

五、重视术后昏迷时间较长病人的救治。脑外伤后长期昏迷是由于广泛大脑皮质及脑干网状结构受损所致，昏迷时间的长短，反映了脑损伤的严重程度，因此预防合并症非常重要。首先应保持呼吸道的通畅；本组 4 例行气管切开吸除呼吸道分泌物，有效的预防了肺部感染，从而降低了颅内压。同时还应尽早行脱水治疗。一般认为，创伤脑肿胀发生在颅脑损伤后 4～14 小时，最早可于受伤 20 分钟即可出现脑肿胀。因而及早行脱水治疗非常重要。另外，对于昏迷病人要定期翻身预防褥疮发生，并每天用呋喃西林或庆大生理盐水冲洗膀胱。本组治愈 6 例均无并发症出现。

本组死亡 4 例。死亡原因主要为严重脑挫伤及合并肺部感染，亦有由于医务人员对颅内血肿观察经验不足，而延迟了手术。故此，发现病人烦躁不安，意识障碍进行性加重，需结合头颅 X 线征及定位体征，对病人的生命体征，瞳孔的微小变化等进行动态观察，争取在脑疝未出现前及时钻孔探查清除血肿。对危急伤情患者及时处理是提高生存率的保证。

参考文献 略

（收稿：1993—09—03）

肝外胆管损伤的诊治及预防

武进县医院肝胆外科 巢正善 孙亚伟 严国度

（江苏省武进，邮政编码 213000）

肝外胆管损伤是胆道手术最严重的并发症，据文献报道发生率平均在 0.3%。90%以上发生在胆囊手术后，我们在最近 15 年中，治疗 12 例医源性肝外胆管损伤，本组病人均发生在胆囊切除术后。12 例中 10 例系慢性胆囊炎伴结石，入院后择期手术，2 例系急性胆囊炎行急诊手术，全组病人经治疗后均痊愈出院。

临床资料

本组男 4 例，女 8 例，平均年龄 48 岁。

损伤部位：胆总管下段横断损伤 3 例，不全性横断伤 3 例，胆囊管和肝总管结合处伤 4 例，左右肝管联合部损伤 2 例。

本组有 6 例在术中发现，其中 3 例剥离胆囊过程中损伤胆总管，1 例术中误将胆总管切断，2 例损伤在左右肝管部，同时切断肝总管和左右肝动脉，其余 6 例分别在术后 3～5 天确诊。临床症状：黄疸、高热、寒战及肝区胀痛，其中 3 例引流管周围溢出胆汁，右上腹有压痛反跳痛，肌紧张、脉搏每分钟 100 次以上。

损伤原因：其主要原因有以下几种。

1. 长期反复发作的急慢性胆囊炎，局部粘连纤维化，解剖关系不清，剥离胆囊时较困难。

2. 解剖变异，术者对胆道系统解剖不熟悉，经验不足，术时不够严谨，误伤肝总管，左右肝管以及肝左右动脉。

3. 麻醉不佳，腹肌不松弛，手术野显露不好，误伤胆总管。

4. 术中出血多，术者心慌，盲目钳夹和缝扎止血、损伤胆总管。

5. 切除胆囊时牵拉过大，将胆总管误扎或切断。

治疗：根据胆管损伤的程度、部位，以及损伤时间的长短和局部炎症、水肿、胆管粗细、分别做了不同手术，见附表。

附表. 手术方式和疗效

手术名称	例数	结果
胆总管对端吻合加 T 管引流	8	愈
胆总管十二指肠吻合术	1	愈
胆总管空肠 Roux—y 吻合术	1	愈
左右肝管成形和空肠 Roux—y 吻合术	2	愈

讨 论

一、早期诊断：肝外胆管损伤是胆道手术后严重并发症，其预后的好坏取决于诊治是否早期和

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