维普资讯 http://www.cqvip.com

术后留有瘢痕等缺点[2]。改用一次性硬膜外导管置入泪道，扩张和探通泪道，具有操作简便、损伤小、定位准确、快捷、无面部瘢痕，并发症少等优点，而且花费少，病人易于接受。泪道探通置管、拔管、冲洗这一过程，可使药液从泪道流过，达到消炎的目的。拔管后，在护理操作中，冲洗动作要轻稳，避免损伤泪道及粘膜。护士应了解该手术原理、操作过程、泪道的解剖结构，熟练掌握各种器械药物功能和性质，术中责任心要强，应与医生配合默契。做好术前病人的心理护理，充分调动病人的主观能动性使其积极配合，是手术顺利进行的保障。指导病人术后正确用药定期复查，按时泪道冲洗，可降低术后炎症反应

[参考文献]

[1] 姚达强，李 琳，刘春民．内高频电灼治疗泪道阻塞[J]．眼科杂志，1998，7(2)：95．

[2] 潘志强，叶 青，张文华，等．电烧灼治疗慢性泪囊炎[J]．眼科杂志，1999，8(2)：46．

（编辑：张天飞）

肺不张的诊断及其影响因素

宁守国 （鞍山钢铁集团公司立山医院内科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 肺不张；诊断
[中图分类号] R563.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)02－0136－02

肺不张是肺部疾病中常见的征象，病因较多，常意味着支气管腔有阻塞性病变存在，现就肺不张的诊断及其影响因素作一简介。

1 肺不张的诊断和影响因素

X线检查是肺不张的主要诊断手段，典型的X线征象容易识别，但在下列情况下诊断较困难。

1.1 早期肺不张的诊断

支气管腔受到阻塞时，只有当相应的肺组织内大量的空气被吸收后，X线检查时才能显示出密度增高影，故根据密度改变来诊断肺不张常为时较迟。为及早发现肺不张，应注意肺门的位置，叶间裂(水平裂或斜裂)的方向、肺门和纵隔影的大小及正常支气管和隆凸的改变。对于疑有急性(早期)肺不张的患者，除常规的X线检查外，有条件时可作CT扫描检查，它较常规的X线能更早地显示肺部减少的通气和灌注区，更清楚地显示肺不张的部位和范围。使用薄层切面(thin-section)的CT扫描，还能更详细的了解支气管腔内的情况。

1.2 影响诊断的因素

胸腔的某些结构对肺不张的X线表现具有一定的影响，例如肺韧带(亦称下肺韧带)，它起源于肺门，向下侧方伸展，紧连横膈，偶尔此类韧带不与横膈相连时，即成游离的镰状边缘，若此时合并下叶不张时，则X线上见不到典型的三角形征象，而呈圆形或球形改变。有时邻近过度膨胀的肺抬举不张的肺，使其离开壁层胸膜，改变肺不张的形态。其他如肺实质性病变、慢性阻塞性肺疾病的肺大泡等，均可使肺不张的X线表现发生改变，给临床诊断带来一定困难。为此，可采取CT、MR等检查，以便清楚的显示纵隔和肺门的结构。

2 各肺叶不张的主要X线表现

2.1 下叶肺不张

大多累及各基底段，偶尔同时累及背支段(B6)，其典型的X线征象是近中、后、下三角形致密影，肺和横膈间正常交界面消失。归纳其X线表现的主要特点是：肺不张方向朝向后中；肺门位置降低(常见)；肺门大小减小(但在肺门淋巴结肿大时可不减小)；纵隔左侧被降主动脉遮盖，右侧之水平裂亦向下后；横膈升高(不常见)；肋间隙缩小；主支气管呈垂直方向。

2.2 右上叶不张

常被误诊为局部实变或纵隔肿瘤，其X线的主要表现是：肺不张朝向内上方；肺门位置上升；肺门大小减小；纵隔阴影增宽；水平裂上移；横膈升高、吊起(由于下肺韧带牵拉)；肋间隙无明显狭窄；中间主支气管和中叶支气管转向水平位，气管右移[1]。

2.3 左上叶不张

肺不张位于前上方向，侧位胸片上斜裂之前移为其主要发现，由于左上叶容积大，肺门的改变(升高)突出而容易识别。大约有50%的病人左纵隔边缘消失，前连结线(anterior junction line)移位，另有50%的病例，因下叶背段上支(B6a)过度膨胀，使原已消失的主动脉弓和上部降主动脉的阴影轮廓隐约可见，而呈现一主动脉周透亮带(Periaor-tic lucency)，横膈上吊、肋间隙狭窄明显，左主支气管水平向移位。

2.4 中叶不张

右肺中叶不张时，右心缘消失，呈三角形致密影，前弓位摄片显示更清，其X线的主要特征是：肺不张方向、肺门位置、肺门大小均不变；纵隔影被遮盖；斜裂向上内，水平裂向下内转向；横膈前端抬高；肋间隙无明显狭窄；右中叶支气压管呈水平位。

3 纤支镜对肺不张的诊断

目前纤支镜已成为肺不张病因诊断的一种重要手段，现将有关问题归纳如下。

3.1 主要的病因

据大多数文献报告，除右肺中叶外，引起各叶肺不张的原因仍以肿瘤占首位，我们总结的80例中，肺癌占62.5%，在老年患者中，则高达80.3%。其次为炎症(12.5%～19%)和结核

[收稿日期] 2004－12－25 [修回日期] 2005－01－28

维普资讯 http://www.cqvip.com

(5%～7.5%),其它少见原因如异物、血块或痰栓、白血病肺浸润、良性肿瘤等。

3.2 纤支镜检查的阳性率

因纤支镜能在直视下观察支气管腔内的阻塞性病变,并能随意采集所需的标本,故其诊断阳性率可高达94.2%。但不同的病变其阳性率也各有差异,一般以肺癌的阳性率为最高,可达96.6%～98%,对结核的诊断率相对较低。为了提高对肺癌的诊断阳性率,应注意下列三个环节:①清除血迹、暴露病灶;②使用口径较大的活检钳,并穿透表面炎症坏死区,以到达深部组织;③充分使用刷检,如Matsuda报告刷检之阳性率(90.3%)明显高于钳检(64.8%)[2]。对于疑为肺结核者,除局部作支气管粘膜活检外,还需在相应的肺叶各段作肺活检并找结核菌,以提高诊断率。

3.3 各种病变的镜下所见

肺癌的组织学类型以鳞癌居多,该型肺癌外观呈菜花样,突向管腔,表现常有坏死物覆盖。其次为未分化(小细胞性)癌,其病变大多沿支气管壁浸润,表现为粘膜纵行皱襞,粘膜粗糙不平,或有颗粒状隆起。腺癌居第三位,其外观与未分化癌难以区别。结核者多数为炎症性改变或管壁浸润,支气管扭曲、转位,管腔狭窄(有时呈漏斗状),偶尔也表现如新生物样向支气管腔内突出。良性肿瘤者,其腔内的新生物表现光滑,无坏死物覆盖,富有血管(活检时容易出血,故应备有必要的止血措施)。

纤支镜检诊断肺不张一般较为安全,除偶有明显出血外,无其他严重并发症,对于有些病变(如异物、血块、粘痰等)还可起到治疗的目的,故值得推广运用。

[参考文献]

[1] 付 平,肖 湛,何远宇,等. 肺癌的影像学诊断[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(3): 178－179.

[2] Matsuda M, Horai T, Nakamura S, et al. Bronchial brushing and bronchial biopsy: comparison of diagnostic accuracy and cell typing reliability in lung cancer[J]. Thorax, 1986, 41(6): 475－478.

(编辑:雷 艳)

胆囊切除术后胆道残留结石12例讨论

于乐群,杜 红,谢佳音 (营口市第二人民医院普外科,辽宁 营口 115000)

[关键词] 胆囊切除术; 胆结石
[中图分类号]R657.4 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2005)02－0137－02

胆囊切除术后出现胆道残留结石并非少见,本院自1986年1月至1997年1月收治12例,本文就胆道残留结石的预防问题报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组12例,男性3例,女性9例,年龄22～68岁。术前症状:胆绞痛伴发热3例,上腹闷胀感2例,其余7例无症状;术前全部行1～2次B超检查,2例行CT检查。术前诊断:急性结石性胆囊炎2例,非结石性胆囊炎1例,慢性结石性胆囊炎9例。

1.2 治疗

本组3例行急症胆囊切除术,其余9例为择期手术。术中见胆囊多发性结石9例,单发性结石2例,非结石性胆囊炎1例。术中胆道探查方法:胆总管切开探查4例,经胆囊管残端插管胆道造影3例,其余5例行胆道外手法触摸检查,均未发现结石。术后情况:5例术后1周内出现梗阻性黄疸,3例术后1年内出现胆绞痛。上述8例均经再次手术,取出胆总管残留结石后治愈。男性4例术后经T管造影,发现胆总管残留结石,经胆道镜取石成功。

2 讨论

胆囊切除术后胆道残留结石的来源,多数是术前并存的胆道结石漏诊,少数是胆囊结石术中移入胆道。文献报道,胆囊结石患者约10%～20%同时伴有胆总管结石[1]。对胆道残留结石的预防,作者在诊治方面有如下体会。

2.1 术前检查

胆囊结石的诊断主要依靠B超检查,本组全是B超确诊。B超对胆囊结石诊断的准确率高,为95%以上;而对胆总管结石,因受肠内气体干扰,准确率仅为80%。因此有漏诊可能。反复多次B超检查,可提高诊断率。胆道结石的其它诊断方法有静脉胆道造影、CT及ERCP,对可疑病例适当选用,可减少漏诊。

2.2 术中结石滑入胆道

在胆囊切除术中,有可能将胆囊内小结石或结石碎块挤入胆道,故术中探查胆囊动作要轻柔,切忌挤压胆囊。采用先结扎胆囊管,再剥离切除胆囊的手术方法,能避免上述并发症。另外,在切断胆囊管时,应细心检查,勿将偶尔嵌于胆囊管残端的小结石遗漏。

2.3 多途经探查胆道

单纯采用手法触摸胆道,判断结石是否存在很不准确。本组5例误诊。目前,术中胆道造影已视为常规,不仅能发现绝大多数胆道结石,而且可避免盲目切开胆道。但是,若操作不当可致误诊,如造影时注入气泡,造成假阳性;造影剂过浓导致假阴性。本组3例胆总管结石,术中造影漏诊,是因造影剂浓度过高(30%～35%泛影葡胺),掩盖了结石影像。造影剂浓度一般以12%～17%为宜,但具体浓度需根据胆总管直径作适当调整,直径细者,浓度应较高,反之则较低。作者将常规胆道造

[收稿日期]2004－12－25 [修回日期] 2005－01－28