维普资讯 http://www.cqvip.com

·短篇与个案·

先天性胆管变异20例报告

刘高高*

先天性胆管变异类型繁多，术前难以确诊，处理不当易发生胆瘘、胆汁性腹膜炎或其他疾患，但临床报道较少，我院在胆系疾患手术中曾发现胆管变异20例，现报道如下。

一、临床资料及手术处理

本组女12例，男8例，年龄20～70岁，平均43.8岁。均因胆系疾患入院，其中慢性胆囊炎或急性发作，并胆石症18例，急性胆囊炎2例，胆囊十二指肠瘘、急性胰腺炎、先天性多叶肝各1例。术中除见原发病变外，并发现胆管变异（部分经术中胆管造影证实），其中胆囊颈或Hartmman氏囊直接汇入肝总管3例，胆囊管汇入右肝管4例，汇入左右肝管连接部、肝总管前面及后面各1例，胆囊管较长汇入十二指肠后肝总管3例，汇入胰后肝总管6例，双胆囊管、双胆囊一胆囊管、双胆囊双胆囊管各1例，胆总管中下部分二支分别汇入十二指肠2例。术中作胆囊切除术15例，胆囊造瘘1例，附加胆总管探查引流5例，胆内瘘修补并十二指肠造瘘1例、双胆囊均切除，双胆囊管结扎，胆囊管变异均予其远端结扎，胆总管中下部分叉及肝内外胆管重复畸形未处理，副肝管汇入胆囊者予以结扎，汇入胆囊管者一例结扎，一例保留，汇入肝总管者也保留。术后均康复。

二、讨论

先天性胆管变异可有肝内外胆管数目、位置、形态、附着、连接、结构等异常，会见于肝外部分，右肝胆管变异较常见。

胆囊重复畸形尸检出现率为1:4000，可呈多种形式，如中隔胆囊、双胆囊一囊颈或一胆囊管、双胆囊双胆囊管一囊颈；双胆囊双胆囊管多位于肝总管右侧，或一左一右，一位于肝总管右侧，另一位于右或左肝管，多数二个胆囊大小相似，副胆囊也可略小，多位于胆囊窝附近，也可在肝下或肝十二指肠韧带内，偶见于左或右肝管，三胆囊罕有。本组双胆囊一胆囊管及双胆囊双胆囊管各1例，副胆囊均较小，位于胆囊下方，胆总管右侧。胆系手术中应仔细解剖肝下胆囊三角区及肝十二指肠韧带附近，注意有无重复畸形，必要时可作术中胆管造影以免遗漏胆管变异或结石等。

胆囊管变异较常见，有时极短，离开胆囊颈或Hartmman氏囊即汇入肝总管；有时很长，向下与肝总管平行一段距离。直至十二指肠后胰腺内方与肝总管连接，此型约占胆囊管与肝总管汇接20%，具有三种形式：胆囊管与肝总管平行后汇入胆总管；与肝总管合并，但各具独立粘膜；与肝总管紧密粘连，中间仅有一粘膜隔者较多。胆囊管与肝总管右侧多呈锐角（约25°～35°）汇入胆总管，此外呈直角或钝角汇入肝总管前壁，或螺旋形越过肝总管前或后汇入肝总管左壁，偶直接汇入左或右肝管或左右肝管连接部。本组胆囊管变异17例，术中应解剖胆囊管及其邻近，注意胆囊管与肝总管连接不同情况，分清两者及与胆总管关系，胆囊管应低位结扎，勿残留过长，若胆囊管过长与肝总管平行至十二指肠后或胰腺内，切勿损伤邻近脏器，如有双胆囊管应予结扎。

副肝管约有10%，尸检出现率可达14～28%，系肝某叶或段的肝管与左右肝管结合位置较低，其在肝外结合时所显露的部分肝管，由于左肝管在肝内结合位置较高，故左侧副肝管较少，而右前叶与右后叶肝管结合位置较低，致右侧副肝管较常见。肝内外胆管重复及胆总管分叉畸形甚罕见，应予保留。

* 作者单位：528216 广东省南海市丹灶医院外科

（收稿：2000-11-06）

角膜塑型术治疗近视的临床观察

王玉清* 李立梅* 曹丽辉*

角膜塑型术是通过配戴透氧硬性角膜接触镜将角膜弧度变平以降低屈光度的一种非手术治疗近视的方法。由于高透氧RGP材质的不断推出，使得RGP镜片的安全性、有效性和快速性进一步提高。我们自1998年12月起对44例近视患者采用角膜塑型术治疗，现总结如下。

一、材料和方法

1.对象：44例近视患者，其中男21例，女23例，共87只眼。年龄9～22岁，屈光度范围－0.75D至－7.25D，角膜中央K值范围41～45.3，所有眼均排除眼疾。

2.材料：由已经美国FDA检定通过，美国视康眼科视学中心提供的可连续配戴七天的OK镜片。

3.方法：记录患者的屈光度，一般以插镜片试镜的结果为准。角膜曲率及水平可视虹膜直径，向美国定制角膜塑型镜片，接到镜片后指导患者配戴的方法和程序，一般夜间配戴10小时，第一次配戴患者务于次日来复诊，以后一周复诊一次，二个月后二周一次，三个月后一个月一次，如患者感不适，随时复

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医院眼科

维普资讯 http://www.cqvip.com

诊。每次复诊记录视力、屈光度，角膜曲率及镜片与角膜接触情况。治疗期为3个月，稳定后可根据各人情况减少戴镜时间。

二、结果

1.视力及屈光度：所有接受治疗患者视力均得到提高，屈光度均有明显下降，屈光度最多降低－7.25D。－0.75D～－4.00D接受治疗三周后，视力恢复至5.0，残余屈光约－0.50D，－4.00D～－6.00D接受治疗三周至二月视力均恢复至4.9或5.0，残余屈光－1.00D。

2.角膜曲率：接受治疗后，所有患者角膜曲率皆有变平现象，角膜曲率的改变与屈光度的降低呈正比。

3.并发症：2例患者下方角膜上皮粗糙，经停戴一天后恢复正常。

三、讨论

角膜塑型术治疗近视在原理上等同于手术，但在技术运用上有着本质的不同，它属于非组织结构破坏性生理压迫。且RGP材料和人体角膜有极好的亲和性，它改变了医学界对青少年近视束手无策的局面。尤其对成长中的青少年儿童的近视这种矫治更具有意义。

我们对44例近视患者采用角膜塑型术治疗3个月后，效果均显著，其中有82只眼视力提高到5.0，近视的屈光度也明显降低。其中治疗前三周，降低幅度最快，降低速度与性别及年龄无关，与患者的近视程度，角膜曲率，角膜弹性有关。从我们的经验来看，K值越大，变化越大。我们观察的44例患者中有12例屈光度在0.75～2.75D，K值在43.4～45.3，配戴10小时后视力即为5.0，大部分患者配戴三周后可降低－4.00～－5.00D，有二例患者近视－7.25D及－6.00D，经过二周配戴后视力恢复到4.9。角膜曲率的改变通常与屈光度的下降呈正相关，角膜均有变扁平，但对于曲率改变对屈光度下降的关系还有待于进一步探讨。

通过我们对44例近视患者的治疗可见患有轻度近视的儿童及青少年，接受治疗后可使近视眼恢复为正视眼，并可阻止近视的发展。对于中高度近视的患者在经过一段时间的治疗后，大部分可降低－5.00D左右。OK镜为儿童及青少年近视提供了一种前所未有的安全有效的治疗方法。

（收稿：2000-10-26）

腹腔大血管撕裂伤手术治疗体会

刘 铁* 杨铁成**

腹腔大血管撕裂伤较少见，一旦发生可因大量出血发生休克，严重威协伤员生命。自1980年以来我们共收治6例，均经手术治愈。现将手术治疗体会报告如下。

一、临床资料

1.一般资料：本组男性4例，女性2例；年龄最小30岁，最大58岁；4例伤后入院时间15～30分钟；平均住院21天。

2.致伤原因及分类：(1)伤因：腹部撞击伤2例，高空坠落伤2例，医源性损伤2例。(2)分类：肠系膜上静脉撕裂伤2例，脾动脉裂伤1例，下腔静脉撕裂伤2例，左侧肾动、静脉撕裂伤1例。

二、结果

本组病例伤后均发生失血性休克，在输血、输液的同时进行手术抢救。结果四例缝合修补成功，另两例分别因脾动脉及左肾动、静脉损伤严重无法修补而行脾切除术及左肾切除术。术后均进入ICU监护，精心护理治愈出院。

三、讨论

1.腹腔大血管撕裂伤的伤因和诊断

从本组资料看，6例腹腔大血管的损伤皆外伤所致，其中4例发生于腹外伤，另2例为腹腔肿瘤切除时手术损伤。诊断：腹腔大血管（大动脉或静脉）一旦撕裂，出血速度快，出血量巨大，血容量急骤下降，伤员可在短时间内发生失血性休克，甚至死亡。腹腔大血管损伤后所表现的症状与体征与内脏器官（肝、脾等）破裂较为相似，两者鉴别主要依靠B超或腹部CT。当肝、脾等脏器破裂出血时，B超或CT会表现特殊的裂伤的影像改变；而腹腔大血管撕裂出血仅见腹腔内有大量液体。另外，内脏损伤在腹部一般都表现有固定的压痛点；而腹腔大血管损伤仅有腹膜刺激症状，这也可作为鉴别的方法。

2.手术抢救是治疗腹腔大血管撕裂伤的有效方法

据文献报道，下腔静脉撕脱伤死亡率高达33～66%，存活者往往只是下腔静脉部分撕裂伤。可见腹腔大血管撕裂伤直接威胁着伤员的生命。我们体会，手术抢救是最有效的方法。手术需在快速输血、输液的同时进行。故术前必备充足的血源，而且要迅速打开2～3条静脉通道。保证伤员的有效循环血量。本组有1例下腔静脉撕裂伤术中输血高达一万二千毫升，其余平均输血量也在五千到八千毫升左右。术中止血应在快速吸引器的引导下进行。要注意探查清楚出血部位和血管损伤的程度，然后再进行有效的止血（如采用血管夹、纱条阻断血流或纱布压迫等）和缝合修补裂伤。切勿盲目止血而忽视了脏器的功能，防止副损伤和其它并发症的发生。

术后伤员进入ICU监护，选用广谱有效抗菌素抗炎、禁食期间实施静脉高营养疗法。精心护理。结果本组病例均治愈出院。术后随访部分病例，其生活和工作均正常。

（收稿：2000-11-17）

* 作者单位：114043 辽宁省鞍钢矿山公司齐大山医院外科
** 鞍山钢铁集团公司立山医院外科