维普资讯 http://www.cqvip.com

用体外直流电击复律(50～100 瓦秒)，置有心房起搏导线的患者，可向心房内导入 500 次/min 短阵快速电脉冲，有望恢复窦性心律，但是起搏时间不能超过 1 秒，否则可引起房颤。

三、室上性心动过速(supraventricular tachycardia)

室上性心动过速时病人心率在 180 次/min 以上，P 波可为直立、倒立或不能辨认，QRS 波群形态、时限正常，一旦出现此种心律失常可使心排量明显降低[2]。治疗一般首选异搏定 5mg 静脉注射，无效时 10 分钟后重复，此方法在心衰、休克时禁用。也可给予乙胺碘呋酮 150mg 静脉注射。对于无低钾和洋地黄服药史者可给予西地兰 0.4mg 缓慢静脉注射。部分没有心衰的病人也可以试压颈静脉窦或眼球。如果有预置的心房起搏导线，可按高于当时心率的频率快速起搏，心室夺获后数分钟停止起搏，部分患者可恢复窦性心律。

四、室性早搏和室性心动过速(ventricular premature beat and ventricular tachycardia)

室性早搏心电图表现为提早出现增宽变形的 QRS－T 波群，QRS 时限＞0.12 s，其前没有 P 波，窦性 P 波可以落于早搏波的任意位置上，T 波多与主波相反，代偿间歇完全。室性心动过速心电图表现为 QRS 波群呈室性波，心室律基本规则，频率 140～200 次/min。此类心律失常最常见于低血钾，首先应补充血钾，血钾正常后还有心律失常应考虑到低血镁，可补给硫酸镁。药物治疗首选利多卡因，可给予利多卡因 1mg/kg 静脉注射，心律纠正后再用 100mg 维持静脉滴注，室性心动过速应用利多卡因无效，可试用氟卡尼、氯卡因，或用直流电击复律。

五、房室传导阻滞(auriculo－ventricular block)

房室传导阻滞可分为 3 度。I 度房室传导阻滞心电图表现为 P－R 间期恒定延长，QRS 波群没有漏脱。II 度房室传导阻滞心电图表现为两种类型：莫氏 I 型表现为 P 波规律出现，P－R 间期逐渐延长直至一个 QRS 波群漏脱，其房室传导阻滞发生的位置较高。莫氏 II 型表现为 P－R 间期恒定或延长，部分 P 波后无 QRS 波群，其房室传导阻滞发生的位置较低。III 度房室传导阻滞又称为完全性房室传导阻滞，心电图表现为逸搏心律，P 波与 QRS 波群无关。I 度、II 度房室传导阻滞多为一过性的，原因有冷停搏液作用、抗心律失常药物过量、传导束周围心肌细胞水肿、冠状动脉供血不足等。怀疑药物所致者立即停药，还可试用阿托品、异丙基肾上腺素以加快传导，但是后者可能引起室性早搏应加以注意。糖皮质激素对心肌水肿引起的房室传导阻滞有一定缓解作用。III 度房室传导阻滞起搏点位置低，心室率很慢，应予人工起搏。有条件最好做心房－心室顺序起搏，符合循环生理，术后心功能恢复好。

参 考 文 献

1 苏应衡，郭兰敏，主编．实用胸部外科手术学．济南：山东科学技术出版社，1995．172－173．

2．马景林，主编．心电图诊断与临床．北京：科学技术文献出版社，1994．174－175．

(收稿：2001-03-12)

胆囊切除不置引流 66 例观察报告

张建英*

本文对 1997 年 3 月至 1999 年 12 月期间施行胆囊切除术不置引流 66 例病人，与另一组放置引流的 72 例对比分析，现报告如下。

一、临床资料

不置引流组(A 组)和引流组(B 组)所选择的病例，都是单纯胆囊结石和慢性胆囊炎而行择期胆囊切除术者。凡术中有损伤胆囊胆汁外溢、肝床损伤出血、肝活检、胆总管探查或附加阑尾切除者，均未包括在内。两组病例都按常规术式顺加逆胆囊切除。B 组引流方式采用一根烟卷引流条，置于胆囊床或温氏孔，从主切口旁另刺孔引出腹外。引流条留置 1～3 天后拔出。两组病例在性别、年龄、术后禁食输液天数以及抗生素的应用等方面无明显差别。两组术后的疼痛反应，表现在止痛剂应用方面的差异。A 组 66 例，未用止痛剂 26 例，用 2 次以上 8 例。B 组 72 例，未用止痛剂 8 例，用 2 次以上 31 例。经医学统计检验，在未用和用 2 次以上止痛剂这二个方面，结果都是 $P<0.01$，A 组和 B 组有非常显著的差异，见表 1。

表 1 术后应用止痛剂情况

组别	例数	未用	用 1 次	用 2 次以上
A	66	26(39.4%)	32(48.5%)	8(12.1%)
B	72	8(11.1%)	33(45.8%)	31(43.1%)

两组术后体温变化比较，A 组较 B 组发热反应轻，体温恢复也快，但经医学统计检验，并无明显差异，见表 2。

表 2 术后体温变化比较

组别	例数	最高体温		体温恢复正常时间	
		＜38℃	＞38℃	＜3d	＞3d
A	66	51(77.3%)	15(22.7%)	60(90.9%)	6(9.1%)
B	72	48(66.7%)	24(33.3%)	62(86.1%)	10(13.9%)

两组术后住院时间比较，A 组 10 天以内 56 例，10 天以上 10 例，B 组 10 天以内 48 例，10 天以上 24 例，经 χ^2 检验，0.50

* 作者单位：043300 山西省河津市山西铝厂职工医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

$> P > 0.01$，有显著差异，见表 3。

表 3 术后住院时间比较

组别	例数	< 10d	> 10d	平均人数
A	66	56(84.8%)	10(15.2%)	10.9
B	72	48(66.7%)	24(38.3%)	12.7

两组所有病例术后均顺利恢复，未发生切口感染、肺部感染及其他严重并发症。

二 讨论

1. 顺利的胆囊切除术可以不放引流

由于胆囊床创面可能有胆瘘、渗血等危险，Langenbuchi 1882 年倡导胆囊切除术后，应于胆囊床或温氏孔放置预防性引流此后，各家采用，持续至今。尤其在国内，许多专家把它视为传统常规而特别加以强调。

近年来，国外文献提倡胆囊切除术不置引流的报告很多，认为"易于康复，减少并发症，缩短住院时间"是不置引流的优点。Budd 等[1]报告 300 例随机的、前瞻性的留置或不置引流的胆囊切除术，结果发现：引流组在术后发热、病人不适、合并肺炎和切口感染等方面都比不置引流组的发病率明显增高。Hoffmann 等[2]综合 28 篇关于胆囊切除术后引流与否的文章，结论是：绝大部分(95%)胆囊切除术可以免除引流而痊愈，大多数引流是多余的(即并非是无害的)。

本组病例虽然是回顾性的，但在选择对照组(即 B 组)病案时，规定了严格的条件，即术前诊断相同，术中顺利，无胆囊切除术以外的附加手术，因此两组病例具有可比性。本文的资料提示：不置引流组术后疼痛明显减少，体温恢复正常快，住院时间缩短。这些结果可能是由于胆囊切除术不置引流后，不仅避免了放置引流给病人带来的痛苦，而且还避免了引流物直接对机体造成的不良反应。因此，本文认为顺利的胆囊切除术可以不放引流，这样做，不仅可以减轻病人痛苦，而且可以使病人易于接受手术治疗。

2. 胆囊切除不置引流必须严格掌握适应症

国外文献对于胆囊切除术不置引流的应用甚广，甚至主张除胆总管探查以外都可以采用[2]。但是，胆囊切除时放置引流与否，必须按照具体情况，区别对待，不能一概而论。本文对于急性炎症病例，或术中明显渗血、漏胆的病例还不能否认放置引流的重要性。本文认为：胆囊切除不置引流的条件是：①慢性胆囊炎，单纯胆囊结石，临床无感染症状的择期手术病人。②手术区解剖清楚，胆囊纤维化程度下重，胆囊切除过程中确无胆汁外溢者。③术者技术操作熟练，创面保护好，创伤小，出血少，各种结扎可靠。④无胆囊切除术以外的副损伤或附加手术。

鉴于胆囊切除后从肝脏到胆囊床之间常有副肝管被切断后可能溢出少量胆汁，胆囊床创面即使已用浆膜掩盖仍有少量渗血的可能，所以在术者对于胆囊切除后是否放置引流没有把握时，本文主张还是保守一些，应用烟卷引流为好。

参 考 文 献

1. Budd DC. Cholecystectomy with and without drainage: a randomized, prospective study of 300 patients. Am J Surg, 1997, 143: 307
2 Hoffmann. Drainage after cholecystectomy. Br J Surg, 1998, 72: 423.

(收稿：2001-03-18)

前列腺切除术出血处理的体会

何俊龙* 孙复正* 苏 军* 徐 霞*

前列腺增生症是男性老年人的常见病，随着我国生活水平的提高、年龄的老龄化，发病率有逐年增高趋势。本院自 1980 年至今收治前列腺增生症患者近 400 例，其中 140 例行 TVP(耻骨后经膀胱前列腺切除术)治疗，前列腺切除术最大的难点是止血困难[1]，也是泌尿外科医生十分关注的问题，围绕此点对本组手术止血问题进行回顾和总结，以期对以后的手术有所借鉴。

一、资料和方法

1. 一般资料：本组 140 例，均为 TVP 治疗，年龄在 55 岁～86 岁之间，平均 72.4 岁。其中 55 岁～60 岁 14 例占 10%；61 岁～70 岁 50 例，占 36%；71 岁～80 岁 65 例，占 46%；80 岁以上 11 例，占 8%。

2. 输血问题：大部分病人术中已无需输血，但是由于部分病人术前状态欠佳，如贫血、低蛋白或合并其他重要脏器疾病，术中或术后给予输血，或由于术中止血操作不当，术后突然增加腹压并再出血等原因需要补充血容量而预输血，输血量 400～800ml，平均 600ml 左右。本组病例术前输血 4 例，术中输血 10 例，术后输血 5 例。

3. 出血及处理：术中出血原因：采取 TVP 手术，前列腺窝的处理有数种方式：(1)以 1 号肠线距尿道内口 0.3cm 环形荷包式缝合并结扎将冲洗管固定其间以封闭前列腺窝，使之与膀胱隔绝开来。前列腺窝液凝固，在冲洗管的支撑下尿道重建恢复其连续性。本组 80 例按此法处理，占 56%。冲洗液颜色于术后 3～4 天转为正常。此法易导致膀胱颈挛缩、尿道内口狭窄，

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院泌尿外科