维普资讯 http://www.cqvip.com



原则，(1)手术操作精细，避免使用过粗缝针、缝线及缝合过紧;(2)尽量游离足够的正常组织作多层缝合;(3)获取充足的皮瓣，皮瓣蒂部宽大以保证良好血供;(4)合并远端尿道狭窄时必须同时处理;(5)用6.0或更细的可吸收线缝合瘘口;(6)尿道修补术应在前次手术后的3～6个月以上，以待瘢痕软化;(7)留置硅胶导尿管可提高手术成功率。在具体操作过程中，可根据瘘口的部位及大小采取"三层缝合法"、"局部皮瓣法"、"带蒂阴囊皮瓣转移法"。本组6例中，采取尿道松解、瘢痕切除和瘘口修补或尿道成形后，5例治愈，1例尿道瘘口位于阴茎根部，阴茎体部位尿道已缺损，且阴茎皮肤瘢痕挛缩严重，行阴茎阴囊皮瓣上翻尿道成形术后，再次发生尿道瘘，需行瘘口修补术。

## 参 考 文 献

1.Daskalopoulos EI, et al. Urology 1993;42:708
2.Kaplan GW, et al. J Urology 1975;114:769
3.李旭良，等.中华泌尿外科杂志 1995;16(5):297

(收稿日期 1998－07－20)

# Management of Complication of misdiagnosis and mistherapy of ongenital penile curvature(chordee'without hypospadias)in children

*Wei Guanghui*, et al
Department of pediatric surgery, college of pediatrics

This paper reported the misdiagnosis and mistherapy of congenital penile curvature (chordee' without hypospadias) in 6 children. The causes and pathological characters of this penile curvature, reasons of misdiagnosis and complications of mistherapy were discussed. It was recommended that urethrolysis, cicatrectomy, urethral fistulaorrhaphy and urethroplasty should be chosen for the treatmeat of complications such as urethral fistula, penile cicatrices, etc.

**KEY WORDS** Congenital; Chordee' without hypospadias; Misdiagnosis; Mistherapy

196-199

# 医源性胆管损伤延误诊断3例回顾

R657.4 (31)

第二临床学院普外科 郑 明* 潘正清 王继见 刘长安

**提 要** 我科从1980～1996年施行单纯胆囊切除术共5068例，发生肝外胆道损伤6例。其中3例术中发现并及时处理，另3例分别于术后第15个月、第26天、第21天证实，本文对延误诊断的原因及其教训进行了仔细分析。

**关键词** 胆囊切除术; 肝外胆道损伤; 延误诊断
**中图分类号** R657.4

医源性

我科1980～1996年间共施行单纯胆囊切除5068例，发生肝外胆管损伤6例。3例术中发现并及时处理;另3例分别于术后15个月、26天、21天再次手术方经证实，教训深刻。

## 1 临床资料

例1，女，55岁，因右上腹反复疼痛20多年，口服胆囊造影及B超均示胆囊结石伴慢性胆囊炎。入院前4月，腹痛曾再次发作，历时1h，自行缓解。既往无黄疸史，术前检查无特

* 男，1947－05出生，副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com



殊发现。手术探查:大网膜、十二指肠与肝门广泛粘连。虽仔细分离,胆囊、胆总管均未能满意显示。十二指肠第一段前壁被分破一小口,予以修补。肝下相当于胆囊部位发现一仅显露部分组织的囊性包块,打开前壁,有胆汁溢出,其壁厚,较硬。内腔约3×1×1.5cm,无结石、囊腔内上方有一小口,直径约0.4cm,向上可探入肝内,向下不易探入。拟萎缩性胆囊炎、胆囊癌。因切除困难,取小块组织送病理检查,置引流管一根于囊腔内,术毕。术后病理报告为:慢性炎变。胆汁引流每日约300ml,患者体质恢复较差。术后3周,患者皮肤及巩膜出现黄染。B超复查:胆总管可显示,直径0.8cm,肝内胆管不扩张。由引流管逆行造影:左右肝管均显影,胆总管未显示。ERCP检查示胆总管上段呈盲端,肝内胆管未显示。拟胆囊癌转移压迫总胆管所致。欲再次手术,家属未同意,带管出院。1月后,黄疸逐渐消退,半年后引流管不慎脱落,未再置管。此后数月患者多次发作胆道感染并发轻度黄染,每次均经非手术治疗而好转。术后18月因黄疸、高热被兄弟医院收入院,再手术探查发现肝门胆管被横断损伤,其胆管外侧与十二指肠形成一直径约0.3cm内瘘,胆囊未切除。行肝门胆管空肠Roux－Y吻合,病人痊愈出院。

例2,女,40岁,因右上腹隐痛三年,B超示结石性胆囊炎平诊入院。手术探查发现胆囊颈部有一约1.5cm直径结石嵌顿,胆囊三角无法显露,故先切开胆囊底部,取出嵌顿结石,采用逆行法切除胆囊。术后一日,患者下床活动,三日肛门排气,进食,七日伤口拆线。令人费解的是术后患者一直述下腹胀,曾给予导尿,奴佛卡因静脉封闭等处理,当时虽自觉好转,但腹胀感始终存在。无明显腹痛,多次检查巩膜无黄染,腹部除轻度压痛无其它体征,体温37.5℃～38℃之间。多次B超复查均示胆总管可显示,直径约0.6cm(与手术记录相同)。术后14天,腹部叩出移动性浊音,腹腔穿刺抽出胆汁样腹水。虽多次询问主刀医师,均否认胆总管损伤可能,故拟迷走胆管损伤。予以右下腹置入引流管行腹腔引流,首日引出约800ml胆汁样腹水,后逐渐少至每日仅30～50ml。术后第26天因体温升高至39℃,再次腹部B超提示肝下间隙积液,拟肝脓肿而施行手术,探查方发现肝门胆管被横断损伤。由于肝门区组织水肿,小肠由于胆汁刺激炎症明显呈挛缩改变不能行胆肠吻合,仅于肝总管置管引流。三月后患者病情好转,施行肝总管十二指肠吻合术,病人痊愈出院。

例3,男性、39岁、因右上腹隐痛不适9月,B超示结石性胆囊炎平诊入院。探查:有一直径约1.8cm结石嵌顿胆囊颈部,胆囊呈慢性炎变且与周围组织粘连。剖开胆囊,取出结石、逆行切除胆囊。历时50min。术后第一天患者巩膜出现黄染、术后第三日黄染自行消退。术后第八日起患者感腹胀,有肛门排气,腹部平片未见异常,B超仍提示胆总管直径约0.6cm(与手术记录相同)。给予对症处理,无明显缓解,术后第20天腹部叩出移动性浊音,穿刺抽出胆汁样腹水。行剖腹探查见肝总管横断,结扎线部份脱落形成0.3cm大小漏口,当即施行肝总管空肠Roux－Y吻合、患者痊愈出院。

## 2 讨论

胆道系统解剖关系复杂且变异较多。在胆囊切除术中任何疏忽和失误都可造成医源性胆道损伤。

Hermmen[1]指出肝外胆管及胆囊管明显变异者约10～15％,其中B、C、D三种变异最易在胆囊切除时损伤(见图)。

本组2例损伤均为C型。由于胆囊颈部巨大结石嵌顿,长期慢性炎变使胆囊管与总胆管间形成片状粘连,手术中由于对胆囊的牵拉,造成总胆管向右侧倾斜成角而将总胆管误认为胆囊管予以切断。

吴咸中[2]指出:胆囊切除时应高度警惕Mirizzi综合症——一种胆囊颈部结石压迫胆总管造成胆管狭窄的一种特殊病理损伤。当出现:①较大的胆囊结石嵌顿于胆囊Hartman袋内;②胆囊管与肝总管并行;③由于胆石的压迫及胆石部位的长期慢性



A 正常

B 胆总管开口于右肝管、二根右肝管引流右肝叶

C 胆总管与胆囊管融合并开口于近端

D 胆囊管绕过胆总管并开口于内侧近端

维普资讯 http://www.cqvip.com



炎症致使胆总管狭窄，内瘘病理损害时，如术者对此认识不清，可误将肝胆管作为胆囊颈部的一部分切除，造成胆管损伤。可以说:Mirrizzi综合症对外科医生来说是一个陷阱，术中应引起高度警惕。

切除胆囊前应充分显露和辨认胆囊三角内诸组织结构、警惕胆管异常，并注意纤维化或慢性炎变所致的胆管解剖不清是防止术中损伤肝外胆道的重要措施。手术困难时可剖开胆囊，通过胆囊管行术中胆道造影，在明确胆囊管与总胆管的关系后再进行下一步手术操作对预防医源性胆管损伤的发生有重要作用。本组例一如果采用此方法、则肝门胆管损伤是可能避免的。

随着医学事业的发展，外科医师的手术技巧也更为熟练。可悲的是一些医生盲目自信，为了追求手术速度及不加选择的采用小切口进行手术。忽略了充分的视野显露及仔细的解剖这一手术操作的重要原则，而造成了手术悲剧的发生。

Riqqs[3]报道14例肝外胆道损伤病例中、由有经验的医生主刀9例(64%)。本组3例均为有经验的肝胆外科专业组医师所进行手术(高年主治医师2人，副主任医师1人)。应警戒的是在已高度怀疑患者有肝外胆道损伤而向手术者询问手术过程时，主刀医师无不回答:手术顺利，胆道解剖清楚，决不可能造成肝外胆道损伤。从而造成再次手术探查决策困难，延误了手术时机。对此，我们认为在胆囊切除术后，患者一旦出现与正常术后过程相比无法解释的症状或体征时、应高度警惕肝外胆道损伤的可能。此时，企图通过询问手术者来了解手术是否有损伤肝外胆管可能是无益的。在进行必要的检查后应积极进行手术探查。

B型超声对胆道疾患，尤其是胆囊结石的诊断有重要价值。但总胆管位置较深，肠道与肝门粘连，肠曲胀气的影响及受B超操作技术水平等诸多因素的干扰、其准确率较胆囊明显降低。肝外胆道损伤后局部严重的粘连、组织水肿给B超显示带来极大的障碍，可靠性更为降低。本组3例均于术后怀疑肝外胆道损伤时进行B超复查，3例都提示总胆管可显示且与术中所描述的情况一致，从而给总胆管损伤诊断带来错误的引导，在这种情况下，我们认为ERCP应作为首选项目。

胆囊切除术后出现黄疸，发热及腹膜刺激征是诊断肝外胆道损伤的重要依据已众所周知。手术中如肝外胆道损伤时胆道近端未结扎，可无黄疸出现(本文例2)。虽已结扎、如结扎线很快脱落时虽可出现黄疸，但黄疸会很快消失(本组例3)。胆管损伤早期，无菌的胆汗流入腹腔造成胆汗性腹膜炎临床表现也远远不如感染性胆汗所致的表现明显。本组例2、例3均只有腹胀感，而无明显腹痛发生、更无典型的腹膜炎体征出现。对此教训应引起广大医务工作者的重视。

医源性胆管损伤一旦诊断明确，应立即处理、其目的为重建胆道。对于手术当时就发现胆管损伤者立即给予胆管端端吻合或胆肠吻合效果较佳。对延误诊断的病例则需视再次手术探查情况来决定重建方法。如条件许可，可立即予以胆肠吻合(本组例3)。如患者情况较差，可先行胆管置管引流，待水肿、炎症消退后再进行二期胆肠吻合，对于二期手术吻合的时机选择，有的学者认为待近端胆管扩张后再进行(多以半年以上为佳)。我们认为，较长时间等待，多数患者由于诸多因素影响(如引流不畅)会逐渐加重阻塞性黄疸，时间过长会造成胆汗性肝硬化的发生，引起更加严重的后果。因此，如患者一般情况恢复较好，可酌情提前手术。

对于肝外胆管损伤而进行胆道重建的病例应进行术后追踪随访，尤其对术后碱性磷酸酶的监测更为重要。Henry[4]102例医源性胆道狭窄病例中87%患者出现碱性磷酸酶升高，而此时血胆红质增高者为76%、其中仅有22%患者出现临床黄染表现。本组例1、例2随访，碱性磷酸酶无增高;例2随访，1年后碱性磷酸酶增高，其后出现巩膜、皮肤黄染，再次手术探查为十二指肠胆管吻合狭窄，改行肝门胆管空肠Roux－Y吻合、随访3年，碱性磷酸酶无再增高表现，患者恢复佳。

## 参考文献

1.Herman RE:surg 1976;79(6):609
2.吴咸中.腹部外科实践 第二版 中国医药科技出版社 1993;813
3.Riggs RE:Am surg 1986;52(6):312
4.Henry ML:Complications of cholecystectomy SCNA 1983;63(6):119

(收稿日期 1998－09－01)

维普资讯 http://www.cqvip.com



# Analysis of delay diagnosis in three cases of iatrogenic cholangic injuries

*Zheng Ming*, et al
Departent of surgery, the second college of clinical medicine

Simple cholecystectomy of 5068 cases were operated in our surgical unit from 1980 to 1996 and injury to the extrahapatic biliary system were found in 6 patients. Three of the 6 cases were recognized at the time during cholecystectomy and managed immediately. While the other three cases were verified seperately in the 15th month, the 26th and 21st day after operation. The reasons of misdiagnosis were carefully analyzed in this article

**KEY WORDS** Cholecystectomy; Delay diagnosis; Iatrogenic Cholangic Injuries

199-200 髋关节、滑膜炎、绒毛结节性、色素性 (32)

# 髋关节色素性绒毛结节性滑膜炎(附3例报告及文献复习)

临床学院骨科 权正学* 欧云生 安 洪

R6867

中图分类号 R684.3

色素性绒毛结节性滑膜炎是发生于关节或腱鞘的滑膜慢性病变，多见于膝关节，髋关节十分少见。我院近期收治3例髋关节色素性绒毛结节性滑膜炎，术前均误诊为髋关节结核，术中所见及术后病理均证实为该病，现报道如下并复习文献。

## 1 临床资料

男性2例，女性1例，3例均为青年，年龄最大31岁，最小27岁。病程较长，病情发展较慢，最长一例病程4年。临床主要表现为髋关节持续性疼痛，卧床休息时疼痛减轻，行走时加重，伴跛行。1例髋关节屈曲畸形，Thomas征(+)，20。无结核的全身中毒症状；实验室检查血常规、肝、肾功及血沉均正常，胸片未发现异常。X片示：髋关节间隙狭窄，髋臼及股骨头欠光滑，头及颈下散在囊性变。3例均行了髋关节滑膜切除及病变组织清除术，病理诊断为髋关节色素性绒毛结节性滑膜炎；随访1年至1.5年，症状无加重。



图 典型病例X片：左髋关节间隙明显狭窄，髋臼及股骨头毛糙、头及颈下散有囊性变。

### 1.1 典型病例

患者，女性，31岁，左髋痛1年，加重伴跛行2月入院。1年前无明显诱因出现左髋隐痛、持续性，逐渐加重。X片示：左髋臼及股骨头欠光滑，关节间隙稍狭窄，诊断为左髋关节结核，予抗结核治疗。2月前症状逐渐加重，复查X片：左髋臼及

* 男，1964－01出生，主治医师