维普资讯 http://www.cqvip.com

术(抗生素与抗痨药物同时使用)。抗结核药物诊断性治疗有效,即便痰结核菌(-),肺结核诊断也可成立;因活动性肺结核中3/4检查痰结核菌(-),可见不能仅凭1次或2～3次痰结核菌阴性就否定肺结核的诊断,对抗生素治疗无效的可疑肺结核病例应在抗痨试疗中随访观察,进行验证。

参考文献

1.赵鸣武,等.中华内科杂志 1998; 19(6):469
2.曾纪霖.中华内科杂志 1985; 24(10):618

(收稿日期 1998-10-21)

302-304 R657.406 R575 (31)

胆囊切除术后黄疸

临床学院外科 闫 雄* 向 志 方开先

提 要 目的:分析胆囊切除术后产生黄疸的原因及预防措施。方法:分析我院1992年8月至1998年8月1832例胆囊切除术病例。结果:经B超、CT、手术、肝功证实:①胆道损伤造成的黄疸7例;②胆道内残余结石所至黄疸8例;③引流物造成黄疸4例;④肝细胞性黄疸12例。结论:胆道损伤、胆道残余结石、不恰当的引流及术前肝功不良等是胆囊切除术后黄疸常见的原因;因此,合理的手术方式、术中必要的检查、恰当的引流及围手术期保肝等是预防胆囊切除术后黄疸的措施。

关键词 胆囊切除术; 黄疸 手术后
中图分类号 R657.4

胆囊切除术后黄疸在临床上并不罕见。国内报道是7.5%[1]。为此,本文探讨胆囊切除术后黄疸的常见原因及预防措施。

1 临床资料

1992年8月～1998年8月因胆囊结石或急性胆囊炎而行胆囊切除术共1832例,其中男723例,女1109例,平均年龄47.6岁。胆囊切除术胆道损伤7例,术后48h内出现黄疸3例,3～7天内出现黄疸2例,3月～6月内出现黄疸2例;胆囊切除术胆道残余结石8例,术后48h内出现黄疸3例,6月内3例,1年以上2例;胆囊切除术引流物不恰当造成黄疸4例,时间都在1周内;胆囊切除术后肝细胞性黄疸12例,黄疸多在术后2周内。

2 讨论

2.1 胆囊切除术后胆道损伤所致黄疸 胆道损伤是造成胆囊切除术后黄疸的最主要原因。胆囊切除术并发胆道损伤的发生率为0.1～0.5%[2],造成的原因有:①胆管辨认不清或胆囊管与胆总管并行,误将胆总管认为胆囊管予以分离、切断、结扎;②切断胆囊管时,过度牵拉胆囊,将成角的肝总管与胆总管损伤或切断、结扎;③胆囊管汇入右肝管,误将右肝管认为胆囊管而切断、结扎;④胆囊壶腹部结石嵌顿并与肝总管或胆总管粘连,分离时造成肝总管或胆总管损伤、结扎。胆道损伤后出现黄疸的时间与胆道损伤的程度、部位有关。胆总管或肝总管完全阻塞,术后12h左右可出现黄疸,而部分梗阻,出现黄疸时间会延迟。据报道有术后3年因黄疸才确诊为胆道损伤[3]。本组胆道损伤7例,经B超、CT和再次手术证实:胆总管横断2例,胆总管损伤形成假性囊肿2例,肝总管侧壁损伤2例,右肝管横断1例。于术后48h与6月内出现黄疸,因此,预防胆囊切除时胆道损伤能减少黄疸的发生。胆囊切除时遵循顺行和逆行切除的原则,先解剖出胆囊管,给予牵引,然后从胆囊底分离,充分游离胆囊管,明确胆囊管、胆总管、肝胆管三者的关系后,再切断、结扎胆囊管。对胆囊坏疽或胆管三角解剖不清的病例,不必强行胆囊切除,可行胆囊造瘘或部分切除,以免造成胆道损伤。

2.2 胆囊切除术后胆道残余结石所致黄疸 胆

* 男,1964-02出生,主治医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

道残余结石也是胆囊切除术后黄疸的重要原因。国内报道胆囊切除术后胆道结石被遗漏的占4%[4]胆囊切除术造成胆道残余结石的原因有:①胆囊结石细小,胆囊管扩张;②术中过分挤压胆囊,造成胆囊内结石掉入胆总管;③结石在胆囊管与肝总管汇合处嵌顿而未引起注意;④胆总管内径界于正常与扩张之间,术中未探查胆总管。术后出现黄疸的时间不一。本组胆囊切除术后胆道残余结石所致黄疸8例,多伴有胆绞痛与发热,B超、CT提示肝内胆管扩张,胆总管下端梗阻,再次手术证实为胆道继发性结石。因此对胆囊切除术可能造成胆道残余结石的病例,除术中仔细检查和探查胆道外,行纤维胆道镜经胆囊管探查胆总管或术中B超可使残余结石率降至2%以下[6]。

2.3 **胆囊切除术后引流物不适引起黄疸** 胆囊切除术后是否常规放置烟卷或橡皮管引流,目前观点并未统一。有的学者认为胆囊切除术后常规放置引流会引发14%与此相关的并发症:肺炎或肺不张,发热或膈下感染、伤口感染,疼痛,胆管炎与疝[6]。国内作者认为胆囊切除术后进行预防性引流会增加并发症。因此,95%的胆囊切除术放置引流是多余的[7]。而有人认为胆囊切除术后存在止血不完善或漏胆汁等问题。因此,恰当的引流可起到有效的治疗和预防并发症的作用。引流物应放置于胆囊床或温氏孔处。引流物有烟卷与橡皮管两类,以后者效果为佳。因为烟卷引流是被动引流[7]。本组有4例因引流不当造成胆囊切除术后黄疸,均系烟卷引流所致。原因:①烟卷引流过紧地放在胆囊床处,压迫肝总管或胆总管;②烟卷引流放置时间过长,失去作用,反导致胆管炎。因此,掌握胆囊切除术时不置引流的适应证有助于减少术后的并发症。胆囊切除时不放置引流适用于:①胆囊憩室者;②胆囊良性肿瘤;③ 慢性胆囊炎经常发作者;④慢性胆囊炎合并胆囊结石经常发作者;⑤急性胆囊炎胆囊结石经过治疗而择期手术者;⑥急性胆囊炎胆囊结石急诊手术而术后预计没有渗血渗液漏胆者[8]。

2.4 **胆囊切除术后肝性黄疸** 术后黄疸还有一部分是由肝功能不好引起。由于麻醉、手术打击、某些药物的损害及个别术中误扎肝动脉或右肝动脉,术后可能出现肝细胞损害为主的黄疸[1]。本组12例于胆囊切除术后出现肝功能不良,肝细胞损害,黄疸,但黄疸较轻。B超,CT未提示胆道异常,经保肝后黄疸消退。因此,对处理胆囊切除术后肝功能异常所致黄疸的患者,围手术期保肝就显得很重要[9]。

参 考 文 献

1.冉瑞图,等.胆道手术学.辽宁科学技术出版社 1987:259
2.付由池,等.中华外科杂志 1996;34:33
3.史洪涛,等.肝胆胰外科杂志 1997;9(1):26
4.周鸿昌,等.实用外科杂志 1987;7(9):497
5.赵朱军,等.肝胆胰外科杂志 1997;9(3):114
6.J.Hoffman,et al.Br.J.Surg.1985;72:423
7.D.C.Budd,et al.Am J Surg.1982;143(3):307
8.陈梅生.肝胆胰外科杂志 1997;9(3):126
9.黎介寿,等.围手术期处理学.人民军医出版社.北京 1993:549

(收稿日期 1998－11－27)

Jaundice after cholecystectomy

Yan Xiong, et al
Department of surgery, college of clinical medicine

To analyse causes and preventive measures of jaundice after cholecystectomy . Method: A total of 1832 cases of cholecystectomy in our hospital during 6 year period from August 1992 to August 1998 was investigated. Results : From B－mode ultrasound scans. CT scans. operations and liver function tests, there were: (1) 7 cases aundice caused injury of the biliary tract; (2) 8 cases jaundice caused remaining gallbladder stones in the biliary tract; (3) 4 cases jaundice caused improper drainage; and (4) 12 cases jaundice caused impairment of hepatocytes. Conclusions: the most common causes of jaundice after cholecystectomy are injury of the biliary tract, remaining

维普资讯 http://www.cqvip.com

gallbladder stones in the biliary tract, improper drainage and impairment of liver functions. Methods for preventing jaundice after cholecystectomy include fair operation,necessary intraoperative checking,proper drainage and protection against liver function impairment in the prioperative period.

KEY WORDS Cholecystectomy; Jaundice

304-305

大肠息肉高频电凝摘除术

R735.340.5

(32)

临床学院普外科 何代文*

提 要 大肠疾病中,肠息肉占有重要地位,纤维结肠镜的检出率在16.4～42.6%之间。作者对219例大肠息肉患者经纤维结肠镜采用高频电凝摘除术,摘取息肉503枚。术后并发创面迟发性出血2例,经保守治疗好转。无肠穿孔等严重并发症。

关键词 纤维结肠镜; 高频电流; 大肠息肉; 摘除术
中图分类号 R656.9

纤维结肠镜的电外科技术[2],是利用高频电流(500kHz左右)通过人体时产生高温,将组织在瞬间凝固或气化而将息肉电凝摘除。高频电流对心肌和神经系统无影响。作者对219例大肠息肉患者经纤维结肠镜采用高频电凝摘除术。现报告如下。

1 对象、设备和方法

1.1 对象 1995年11月～1998年8月,作者经纤维结肠镜对219例大肠息肉患者采用高频电外科治疗术,共摘取息肉503枚(见表1,表2)。219例中,男性137例(62.6%),女性82例(37.4%);年龄14～79岁,平均45.3±3.37岁。

表1 电凝摘除息肉的部位

摘除方法	直肠	乙状结肠	降结肠	横结肠	升结肠	盲肠	合计
圈套法	121	127	29	46	29	7	359
热活检钳法	31	56	14	22	9	12	144

表2 电凝摘除息肉的大小

息肉大小(cm)	圈套法	热活检钳法	合 计
0.2～0.5	43	125	168
0.6～0.9	203	19	222
1～1.9	102		102
2～3	11		11

1.2 设备

1.2.1 Olympus光学公司生产的纤维结肠镜1T20型。

1.2.2 Olympus光学公司生产的高频电发生器PSD－10。能输出电凝波、电切波和混合波三种波型。

1.2.3 凝切附件:热活检钳,新月型及椭圆型圈套器。

1.3 电凝前准备

1.3.1 连接高频电凝装置A.S.P各条导线。模拟性调试高频电发生器,检查仪器工作是否正常1.3.2 清除息肉周围的粪水及粘液,以防止电凝时异常电流经粪水导入肠镜,电击术者,损伤肠镜,置换肠内积气,反复抽气、注气5次以上。防止电凝时肠内可燃气体爆炸,击穿肠壁。

1.3.3 稳定肠管,一般在术前半小时肌注阿托品0.5～1mg,即可有效减缓肠蠕动。电凝期间嘱患者屏气,停止呼吸时膈肌上下移动对肠管的推动。电凝结肠肝曲、横结肠及脾曲之息肉时尤应注意。

1.4 方法

1.4.1 圈套凝切法对于直径大于0.5cm以上息肉,不论有蒂无蒂,均采用圈套凝切法。即用圈套器套住息肉颈部,孤立悬空息肉,使头部离开肠壁。先电凝息肉颈部达到组织凝固止血,再用电切波摘除息肉。如果息肉蒂较粗,一次不能切下时,可反复进行。但每次通电时间不超过4秒。本组有15枚息肉因息肉蒂较长, 或头部较大,或在肠管弯曲处

* 男,1944－08出生,副教授