DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.09.026

本研究还表明,患者的自觉症状与最大尿流率之间有分离现象,有的患者自觉症状很轻,而 Q_{max} 也很低;而有的患者自觉症状很重,Q_{max} 却并不低。Small等[7]研究也发现,患者的自觉症状与BOO的程度不成比例;在台湾40岁以上男性的调查也发现,IPSS评分与最大尿流率及尿量均无显著相关性[8],因此,单纯依靠患者的自觉症状而进行前列腺手术是不可取的。

参考文献:

[1] 金锡御,宋 波.临床尿动力学[M].北京:人民卫生出版社,2002.88-112.
[2] De La Rosette J J, Witjes W P, Debruyne F M, *et al*. Improved reliability of uroflowmetry investigations: results of a portable home-based uroflowmetry study[J]. Br J Urol, 1996, 78(3): 385-390.
[3] Ather M H, Memon A. Uroflowmetry and evaluation of voiding disorders [J]. Tech Urol, 1998, 4(3): 111-117.
[4] 周文龙,张祖豹,刘定益,等.764例中老年男性尿流率调查[J].中华泌尿外科杂志,2002,23(5):281.
[5] Reynard J M, Yang Q, Donovan J L, *et al*. The ICS-'BPH' Study: uroflowmetry, lower urinary tract symptoms and bladder outlet obstruction[J]. Br J Urol, 1998, 82(5): 619-623.
[6] Kuo H C. The uroflowmetry in normal men and after prostatectomy[J]. Eur Urol, 1997, 31(4): 447-452.
[7] Small D R, Lanigan D J, Khan A B, *et al*. Comparison of patients' assessment of urinary flow strength with uroflowmetry[J]. Eur Urol, 1997, 31(2): 148-152.
[8] Chen T I, Hsu Y S, Wu T T. Lower urinary tract symptoms and uroflow in a community-based sample of Taiwanese men[J]. J Chin Med Assoc, 2003, 66(2): 84-88.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)09-0810-02

肝叶切除治疗肝内胆管结石的体会

Experiences in treatment of hepatolithiasis by partial hepatectomy

耿远兴[1],王国兴[1],薛焕洲[2] ([1]河南省平顶山市第一人民医院肝胆外科,平顶山 467000;[2]河南省人民医院肝胆外科,郑州 450003)

肝内胆管结石常合并有肝内胆管狭窄、感染,在处理上比较困难。我们从1997年11月至2002年11月,对50例肝内胆管结石并狭窄的病人施行肝叶切除治疗,辅以狭窄胆管切开成形,胆肠Roux-y吻合,T管引流,经6个月至5年的随访,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

从1997年11月至2002年11月5年中,从我院收治1 500例肝内、外胆管结石患者中,经B超、CT、PTC、ERCP及术中检查确定为肝内胆管结石伴胆管狭窄病人50例,其中男22例,女28例,年龄27~60岁,平均42岁。所有病人均有右上腹不适、胀痛,部分病人急性发作期疼痛加重,并有寒战、发热,其中12例合并有黄疸,3例因胆汁性肝硬变导致门脉高压症。第1次手术者占42例,有2次以上手术史者8例。

1.2 结石分布及狭窄部位

凡有胆管狭窄的部位都有结石存在,左肝管结石伴不同程度的肝管狭窄42例,右肝管结石伴狭窄2例,左右肝管同时存在有结石伴肝门部胆管狭窄6例。合并胆总管结石23例,胆囊结石18例,胆囊癌3例(术后病理证实)。

1.3 术式

根据结石的部位和肝胆管病变同时作胆总管切开取石引流,或狭窄胆管切开成形和胆肠吻合,T管或U形管引流。本组行开腹肝左外叶切除、胆总管切开探查、取石、T管或U形管引流42例,其中奥狄氏括约肌切开成形术3例。左半肝不规则切除,胆总管切开探查、T管引流4例。对右肝管或左内叶结石行肝方叶部分切除、胆管切开整形、胆肠Roux-y吻合、T管或U形管引流4例。行胆囊切除35例。

1.4 治疗结果

术后发生轻度胆漏4例,胆道小量出血2例,切口感染3例,肺部感染3例,膈下感染4例,均经非手术疗法治愈。本组3例失访,47例经6个月至5年随访,经B超或ERCP检查,有结石残留者6例,占14%,再次行肝内胆管结石手术4例。死亡1例,因肝硬化、门脉高压症,上消化道大出血,术后6个月死亡。

1.5 疗效评定

优(无任何症状)32例;良(偶有右上腹痛、无黄疸)9例;差(仍有腹痛、发热、胆管炎症状者)6例;优良率占87.2%(41/47)。

(下转813页)

作者简介:耿远兴(1945-),男,河南省开封市人,主任医师,主要从事肝癌及肝胆管结石的病因及治疗方面的研究,发表论文40余篇。电话:(0375)3399626

收稿日期:2003-04-20;修回日期:2003-08-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

输尿管镜手术并发症的发生与操作者的熟练程度有一定关系[5]。操作者应及时总结手术经验, 注意防止并发症发生的原因, 才能提高手术技能, 减少并发症的发生。

参考文献:

[1] Alapont A J M, Broseta R E, Pontones M J L, *et al*. Complication of uretero-renoscopy[J]. Actas Urol Esp, 2003, 27(9): 692—699.

[2] 刘忠泽, 李世俊, 张福庆, 等. 输尿管镜下气压弹道碎石术(附 160 例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(5): 275—277.

[3] 吴　锋, 钟文智, 刘统成. 输尿管镜致输尿管损伤的原因分析[J]. 中国内镜杂志, 2001, 7(4): 88—89.

[4] 戴奇山, 钟惟德, 蔡岳斌, 等. 输尿管镜与 ESWL 术治疗输尿管上段结石疗效及并发症比较[J]. 现代临床医学生物工程学杂志, 2001, 7(3): 191—192.

[5] Schuster T G, Hollenbeck B K, Faerber G J, *et al*. Complications of ureteroscopy: analysis of predictive factors[J]. J Urol, 2001, 166(2): 538—540.

[6] 甘艺平, 肖亚军. 输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石 412 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(12): 651—652.

[7] 陈钦棋, 张永良. 输尿管镜下气压弹道碎石术治疗输尿管结石(附 80 例报告)[J]. 中国内镜杂志, 2001, 7(5): 80—81.

(编辑　王　红)

(上接 810 页)

2　讨论

2.1　本术式的理论依据

肝内胆管结石常合并有肝内胆管狭窄, 肝内胆管结石与肝内胆管狭窄互为因果关系, 是目前胆道外科治疗的难题, 主要是术后残石率高(30.3%), 再手术率高(37.1%)[1]。黄志强院士首先提出肝叶切除治疗肝胆管结石获得成功。这一重大突破引起国内外广大学者重视, 现已被普遍采用。近年来, 随着肝脏外科技术研究的发展, 肝内胆管结石及狭窄的肝切除率有逐年上升的趋势, 约占 17.4%～51%[2,3]。目前公认的原则是取净结石, 去除病灶, 解除胆管梗阻和畅通引流。原发性肝胆管结石产生于胆管树的小胆管内, 多为泥沙状或团块状, 结石随胆汁下行, 嵌顿或铸形于胆管树的各级分支, 使胆流受阻, 继发胆管炎。病理改变为胆管壁纤维增生, 瘢痕收缩, 造成不可逆的胆管狭窄。一旦胆管形成狭窄近端胆管结石堵积, 胆管扩张, 胆汁郁滞, 病菌繁殖, 使胆管炎反复发作, 造成肝功能损害。只要有狭窄存在, 结石就难以取净, 胆流也不会通畅, 故解除结石和狭窄是治疗肝内胆管结石的关键。对局限于肝内各区域的结石病变, 尤其是左侧叶, 肝段切除是彻底清除结石和狭窄造成梗阻的最有效方法[4]。对于左右肝管均受累的双侧型病变, 将病损严重的一侧切除或切除双侧病损严重的肝组织, 也能取得较好的治疗效果[5]。

2.2　重视影像学检查

对肝内胆管结石患者, 术前要尽可能掌握肝内胆管情况, 明确结石和狭窄的分布、位置, 胆道解剖的变异, 肝受损情况; 肝硬化程度和有无合并门脉高压症。术中应用 B 超定位。本组病例术前均经 B 超检查, 配合 CT 检查 31 例, PTC 检查 29 例, ERCP 检查 22 例。B 超和 CT 能了解肝内胆管扩张的部位及范围, 但不能准确显示胆道的全面情况。PTC 和 ERCP 是最好的定位影像, PTC 能提示肝内胆系图像, 了解结石的分布、部位、数量大小、胆道狭窄和扩张情况, 为选择手术方式提供可靠依据, 而 ERCP 只能显示阻塞以下的胆系图像, 有局限性, 因此, 对有条件的病人, PTC 应列为术前常规检查。

2.3　术后引流

文献[6]报道肝切除术后膈下感染发生率可达 5.7%～28.6%, 本组发生率 8%。由于肝切除术后膈下创面较大, 术后必定存在一定的渗血、渗液, 加之残肝可能出现渗血、出血, 胆汁的渗漏, 及小部分的肝组织坏死, 这些液体及坏死组织若不及时引出体外, 很可能导致膈下及腹腔感染的发生。引流时要选择大口径硅胶管(直径 0.8～1.0 cm), 并在引流管的前端侧面剪 3～4 个侧孔(0.2～0.3 cm), 放于肝残面另从腹壁戳孔引出体外接无菌引流袋。肝切除后引流的目的就是在于及时排除膈下及肝创面积聚的液体及坏死组织, 同时还可以观察引流的量及颜色, 有无胆漏及出血, 便于及时处理。

2.4　肝叶切除的体会

当前用于治疗肝内胆管结石的方法是多样的, 但可归结成肝叶切除、胆肠吻合、胆管探查取石引流 3 个主要类型, 实际上此三类型手术方法常是联合应用的[7]。通过肝叶切除术, 我们体会既去除了肝内病灶, 又切除了狭窄及结石的胆管, 部分病例尚可通过肝断面胆管与肝门胆管会师、取石, 或作狭窄胆管切开整形、胆肠 Roux-y 吻合, 同时作胆总管切开引流, 还可剖开中间的Ⅱ级或部分Ⅲ级胆管, 为胆管整形及内引流创造了条件和空间, 因此, 肝叶切除是肝内胆管结石并狭窄很重要的治疗措施, 充分而合理的应用, 将明显的提高其治愈率。

关键词: 肝内胆管结石; 肝胆管狭窄; 肝叶切除; 引流
中图法分类号: R657.420.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 施维锦主编. 胆道外科学[M]. 上海: 上海科技出版社, 1993. 164—165.

[2] 黄志强. 肝胆管结石外科治疗 10 年进展[J]. 实用外科杂志, 1991, 11(8): 447—449.

[3] 钱光相. 肝叶切除治疗肝胆管狭窄及结石[J]. 实用外科杂志, 1991, 11(4): 182—184.

[4] 黄志强. 右肝内胆管结石的肝段切除术[J]. 肝胆外科杂志, 1994, 10(2): 65—67.

[5] 林博慈. 肝部分切除治疗肝内胆管结石[J]. 中国普通外科杂志, 1996, 5(1): 15—17.

[6] 邢　雪, 夏穗生. 肝切除术后膈下感染的高危因素[J]. 国外医学外科学分册, 1992, 19(6): 321—323.

[7] 黄志强, 刘永雄. 肝内胆管结石的外科治疗(附 40 年回顾)[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(3): 140—144.

(编辑　刘洪娥)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net