DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.09.059

切口感染，宫腔感染，术后平均最高体温及术后退热时间均较术中用药组为低，有显著性差异（$P<0.01$）。

在急诊剖宫产如遇有破膜时间长、产程长、宫口开大、多次肛查及阴道检查等易感因素，阴道及宫颈处细菌易进入宫腔，增加术后感染，本研究采用甲硝唑液冲洗宫腔、腹腔，可起到直接杀死细菌及清洁术野、冲洗生殖道的作用，以预防感染。

剖宫产术存在诸多易感因素，感染率高，围手术期预防性应用抗生素疗程短、效果好，对新生儿无明显不利影响。我们认为，选用氨苄青霉素加甲硝唑效果可靠、方便、价廉，是围手术期预防性应用抗生素较合理的方法，值得推广，尤其适合基层医院。

关键词：剖宫产手术；围手术期；预防用抗生素
中图法分类号：R719.8 文献标识码：B

参考文献：

[1] 乐杰主编. 妇产科学[M]. 第5版. 北京：人民卫生出版社，2001. 257.
[2] 原本旭. 妇产科围手术期抗生素的预防性应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志，1999，11(15)：707－709.
[3] 董文漪. 剖宫产预防感染药物的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2000，5(16)：272－274.
[4] 国家基本药物领导小组编. 国家基本药物[M]. 北京：人民卫生出版社出版，11－12.
[5] 1998年美国疾病控制中心性传播疾病治疗指南[J]. 中华妇产科杂志，2000，4(35)：253－255.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2002)09-1119-02

经验交流

肾移植术中移植肾缺血样改变的鉴别与处理

Identification and management of ischemic changes of the graft during calaveric renal transplantation

汪泽厚[1]，关双成[2]，张艮甫[1]，黄赤兵[1]，王平贤[1]（[1]第三军医大学附属新桥医院泌尿外科，重庆 400037；[2]新疆依宁兵团农四师医院，新疆 依宁 835000）

从1994年1月至2000年8月，我们在同种尸体肾移植术中，移植肾再通血流后，移植肾出现缺血样改变38例，现就其鉴别和处理报告如下。

1 临床资料

慢性肾功能衰竭受者38例，男29例，女9例，年龄23～58岁。供肾热缺血时间5～8 min，用2 ℃～4 ℃ HC-A保存液灌注干净，同温保存，冷缺血时间3～10 h。淋巴细胞毒性试验＜10%，从1998年始术前常规行群体反应性抗体（PRA）检测均阴性。供肾静脉与受者髂外静脉端侧吻合，供肾动脉与受者髂内动脉端端吻合。

2 临床表现与处理

2.1 肾血管成角扭曲与肾外动脉外膜缩窄等

移植肾再通血流后有4例移植肾缺血明显是由于肾动脉成角扭曲所致；有1例因肾外动脉外膜缩窄引起；还有1例是因肾静脉吻合口狭窄所致。

2.2 受者低血压

移植肾再通血流后，其中有17例是由于受者低血压引起，表现为移植肾质地软，动脉搏动无力，此时患者血压低于术前水平，经给予升压等处理，将血压维持到或接近患者术前血压水平（收缩压：18～20 kPa）。

2.3 肾外动脉痉挛

有5例再通血流后，移植肾质地软，探查发现肾外动脉变细，呈痉挛状，立即给予1%普鲁卡因肾动脉外膜内和肾窦内注射，并适当剪除肾动脉外膜。

2.4 肾内动脉痉挛

移植肾再通血流后有5例均立即红润，质地饱满，但很快移植肾变软，无整体搏动感，提高血压后无改善，1～2 min内移植肾进一步变软，并呈花斑样改变，酷似HAR的早期表现，以前多已HAR切除移植肾，但病理报告不支持HAR的诊断，故在以后遇到类似情况时，探索性行抗肾内动脉痉挛处理，取得满意效果，其处理包括：①热敷：用45 ℃左右的等渗盐水纱布包敷移植肾；②封闭：沿肾动脉外膜向肾窦内注射1%普鲁卡因或1%利多卡因；③扩血管药：654-2注射液5～10 mg和/或1%普鲁卡因5～10 ml，用皮试针头于肾动脉腔内快速注射，如有效，可重复1～2次。

2.5 HAR

有4例移植肾再通血流后均立即红润，质地饱满，输尿管口有尿溢出，但很快移植肾变软，无整体搏动感，提高血压后无改善，检查移植肾外血管无异常，且移植肾很快变为暗紫色，并呈花斑样逐渐扩大，输尿管口停止溢尿，抗肾内动脉痉挛处理无效，数分钟内整个移植肾呈黑紫色，血流停止，切除移植肾，病理检查证实为HAR。

3 结果与讨论

移植肾再通血流后起移植肾缺血的原因包括免疫因素与非免疫因素。前者主要为不可逆转的HAR；后者如处理及时准确，多为可逆转或可避免的。

作者简介：汪泽厚（1959－），男，湖南省人，博士，主任医师，教授，主要从事肾移植，移植免疫方面的研究，发表论文10篇。电话：(023)65207732
收稿日期：2001-01-17；修回日期：2001-03-15

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

肾血管扭曲多见于肾动脉与髂内动脉吻合处，主要是由于受者髂内动脉因粥样硬化等原因而变硬，供肾动脉较为柔软所致的成角扭曲，经适当调整移植肾位置多能消除这种成角扭曲。本组 4 例肾血管成角扭曲，经及时调整移植肾位置，即可解除血管成角扭曲。

肾外动脉痉挛是引起移植肾再通血流后充盈不好而缺血的另一常见原因，用 1% 普鲁卡因封闭并适当剪除肾动脉外膜，多可解除痉挛。本组 5 例肾外动脉痉挛经 1% 普鲁卡因封闭等处理后取得良好效果。

低血压是移植肾再通血流后充盈不好而致移植肾缺血样改变的常见原因，如不及时提高血压，将会引起移植肾功能延迟恢复。本组病例中有 17 例再通血流后移植肾质地软，肾动脉搏动无力，患者血压低于术前，检查肾外血管无异常，提高血压接近或达到患者术前的血压水平时，可见移植肾动脉搏动有力并充盈饱满，输尿管口渐有尿液溢出。有文献[1] 提到移植肾开放血流后的最适血压范围为 10.7 ~ 16.7 kPa 的观点值得商榷。本组资料显示，在如此低的血压范围内，大多移植肾会充盈不良，肾功能恢复延迟，甚至引起急性肾小管坏死。

肾内动脉痉挛在移植肾开放血流后引起的移植肾缺血，以前很少引起人们注意，其临床表现早期很难与 HAR 鉴别。本组病例中的 5 例，在开放血流后移植肾呈 HAR 表现，及时采取抗动脉痉挛等处理后，5 例移植肾缺血样改变均得以逆转。另有 4 例的临床表现类似肾内动脉痉挛，经抗肾内动脉痉挛等处理未能逆转，及时行移植肾切除，病理证实为 HAR。因此我们主张在开放血流后移植肾呈现 HAR 表现时，在排除肾外血管等因素后，应及时行抗肾内动脉痉挛处理[2]。

关键词：肾移植；缺血；动脉痉挛；HAR
中图法分类号：R699.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] 谷艳丽. 肾移植术中受者血压对移植肾的影响[J]. 中华器官移植杂志，1998，19(1)：25－26.
[2] Wang Ze-hou. Diagnosis and management of intrarenal artery spasm during calaveric renal transplantation[J]. Asian J Surg，1999，22(4)：406－408.

（编辑 薛国文）

经验交流

文章编号：1000-5404(2002)09-1120-02

损伤性胆管狭窄手术时机探讨

Exploration on the opportune moment for operation of traumatic biliary stricture

詹国清，董家鸿，王槐志，杨占宇 （第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院，重庆 400038）

近年来，随着腹腔镜胆囊切除术的普及，胆道损伤发生率有上升趋势。在处理损伤性胆管狭窄中，选择恰当的手术时机也占有重要的地位。本研究通过对 81 例损伤性胆管狭窄临床资料的回顾性研究，分析手术时机与手术效果的关系。

1 临床资料

1.1 资料来源

1974 年 6 月至 2000 年 12 月，第三军医大学西南医院全军肝胆外科研究所收治医源性胆道损伤病人 144 例，均为外院转入，除外有胆瘘、腹膜炎、腹腔脓肿症状病人，选择损伤性胆管狭窄病例 81 例。

1.2 一般资料

本组 81 例，其中男性 31 例，女性 50 例，年龄 22 ~ 69 岁，平均 45.6 岁。再次术前出现梗阻性黄疸的时间为 2 ~ 175 d，平均时间为 63.2 d。B 超、CT 检查均提示上段肝外胆管及肝内胆管有不同程度的扩张。全组病例均经 PTC 和或 ERCP 检查，显示胆道狭窄的位置和程度。经再次手术确认，损伤部位在胆总管 18 例，胆总管、肝总管交汇处 20 例，肝总管 34 例，左、右肝管汇合部 9 例。81 例均为胆道瘢痕狭窄，其中 5 例完全闭塞。见表 1。

表 1 损伤时间和损伤部位

损伤时间(月)	损伤部位				合计
	胆总管	胆总管肝总管交汇处	肝总管	左右肝管汇合处	
≤3	11	13	23	4	51
>3	7	7	11	5	30
合计	18	20	34	9	81

1.3 手术方式和结果

全组 81 例均再手术行胆管修复或胆肠吻合术，再次手术方式主要根据影像学及手术探查所见，胆管狭窄部位、长度，局部炎症与瘢痕情况而定。全组无手术死亡，术后随访 1 ~ 15 年，平均随访 8.2 年。疗效评价标准：优：无症状或偶有轻微不适，能恢复正常工作；良：有时有轻度胆道感染症状，保守治疗很快控制，不影响生活及工作；差：反复腹痛、发热及黄疸等胆道感染，不能工作或需再次手术。本组手术总优良率 91.3%。损伤 3 个月内手术者优良率(96.1%)高于损伤 3 个月手术者，相差显著(83.3%)，$P<0.05$，见表 2。

表 2 81 例手术方式和随访结果

手术方式	随访结果			
	例数	优	良	差
肝门部胆管整形胆管空肠 Y 型吻合	65	46	11	6
间置空肠胆管十二指肠吻合	6	4	2	0
带蒂组织瓣修复(脐静脉瓣、胆囊瓣)	10	6	3	1
合计	81	56	16	7

作者简介：詹国清(1965－)，男，安徽省休宁县人，主治医师，主要从事胆管损伤方面的研究，现在解放军 532 医院外一科，黄山 245041，发表论文 10 篇。电话：(0559)2933372

收稿日期：2001-07-05；修回日期：2001-10-20

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