DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.05.032

术中B超在肝胆管结石手术中的应用

顾红光 陈 敏 王敖川 (第三军医大学西南医院肝胆外科中心) 630038

术中B超在胆道手术中已应用多年,但近年来随着超声技术的发展,逐渐引起人们的重视[1],现已成为胆道外科一项重要的检查工具。我院从1992年4月至1993年3月在肝胆管结石手术中应用22例,今报告有关资料及初步应用体会。

1 材料与方法

本组男7例,女15例。平均年龄42(5～66)岁。全组均为肝胆管结石症,合并胆总管囊肿2例,Caroli's病1例。9例有1～次胆道手术史。21例术前B超检查19例与术中B超完全符合。2例部分符合。14例ERCP检查8例与术中B超一致。6例肝内胆管充盈不良或造影失败。9例CT检查6例与术中B超相符,3例漏诊。2例PTC检查均与术中B超一致。

1.1 仪器和探头

本组使用日本产ALOKA－SSD－500型B超诊断仪,5MHz T形术中防水探头。

1.2 检查和手术方法

70%酒精或术必泰溶液浸泡15min消毒探头。剖腹后将顺序扫查。检查肝外胆管时,肝下间隙须注入生理盐水,探头置于水中距检查物1～2cm扫查。B超引导下取石方法有:①经胆总管取出肝内胆管结石12例;②肝部分切除后经肝断面胆管取石5例;③局限性肝胆管结石行肝部分切除3例;④经肝切开肝胆管取出肝内结石1例;⑤经胆囊床劈开肝右前叶胆管取石1例。手术方式:胆总管切开取石,胆管空肠Roux-en-y吻合12例。肝部分切除或肝叶切除＋胆管空肠Roux-en-y吻合8例。胆总管或肝胆管切开取石,T形管引流2例。

2 结果

术后死亡1例,因Caroli's病伴肝胆管结石行左肝切除,胆管空肠Roux-en-y吻合,术后应激性溃疡致胃穿孔,腹腔感染衰竭死亡。21例痊愈出院。经术中B超检查无残留结石者17例,15例经T形管造影证明无残石。5例术中B超发现结石未取尽者,3例T形管造影有残留结石,1例未见残留结石,1例未造影。

3 体会

3.1 术中B超诊断准确、使用方便

ERCP和PTC等影像检查虽图像清楚、定位准确,但常因造影剂充盈不良或结石堵塞胆管分支不显影导致漏诊。术中B超无论胆管有无梗阻均能清楚显示结石的部位、多少、有无胆管狭窄和扩张等。术前B超准确率为68%～93%[2],由于受腹壁和肠道气体等因素影响,误漏诊较多。如将肝内钙化灶误为肝内结石等。术中B超检查的敏感性、特异性均在97%以上[3],一次检查平均只需7min。因此术中B超比ERCP、PTC、CT及术前B超准确,比X线术中胆道造影方便。

3.2 术中B超为术者提供信息,指导选择合理的手术方案

肝胆管结石的病理变化较复杂,若术前对结石的范围和肝损害的程度缺乏全面了解,难以选择合理的手术方案。如位于肝胆管2～3级分支内的结石,只要该胆管开口无严重狭窄,在术中B超引导下,可通过胆总管顺利取出。局限于肝某叶段的结石或肝内胆管狭窄者,经术中B超定位可选择范围合适的肝切除。肝内孤立性结石若距肝表面较近,前方无大血管,经肝切开胆管取石简便、安全。因此应用术中B超增加了手术安全性,减少盲目性。

3.3 术中B超降低了胆道残留结石发生率

肝胆管结石大多在手术中看不见、摸不着,取石主要靠术前X线征和术者经验,盲

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

目性大。残留结石率平均约40%[4]，是胆道再次手术的主要原因。术中B超能多次扫查、反复取石对减少残留结石很有价值。本组术中B超提示结石取尽者，术后经T形管造影均未见残留结石。术中B超显示结石残留者，术后T形管造影大多数有残留结石。肝内广泛的3级胆管以上的结石，术中B超虽能显示，完全取尽尚有困难。因此应用术中B超仍难以避免术后残留结石。

关键词 超声学/诊断应用；胆总管结石/外科手术

参考文献

1. 胡宗泽 张清泉 贾淑娴，等。术中应用B型超声检查肝内胆管结石。中华医学杂志，1989；69(9)：529
2. 沈立荣 李瑞珍。肝胆管结石影像学诊断。实用外科杂志，1985；4(4)：172
3. 胡宗泽 张清泉 刘瑞明，等。术中B型超声检查在胆石诊断中的应用。中华实验外科杂志，1987；493)：170
4. 刘永雄。做好肝胆管结石症的外科治疗。实用外科杂志，1985；4(4)：170

(收稿：1993-04-12；修回：1993-07-21)

阻生牙矫正术的初步探索

刘自长* 汪志德 周正贵 林景春 (第三军医大学新桥医院口腔科) 630037

凡因位置不够，或因周围存在阻力，不能萌出至正常位置的牙称为阻生牙。临床上以下颌第三磨阻生最为常见，而且常常引起冠周炎，严重者导致颌周间隙感染，因此传统的口腔外科学均将其列为拔牙指征。实践中发现，在阻生牙拔牙术中，已挺松略有移位的情况下，因某些原因而中断手术，结果经抗感染消肿后，阻生牙竟成为正常位置，并且无冠周炎复发。因此考虑到阻生牙发育迟，未成熟，成活力高，正如年青人前牙手术正畸及意外挫伤后均有较高的成活率。于是探索了阻生牙的手术矫正。初步结果汇报如下：

1 适应征

临床上，下颌第三磨牙阻生情况往往是多种多样的，每个阻生牙不仅有阻生方向的不同，还有程度，位置和周围组织解剖及病理差异。因此对具体病例选择矫正术还是拔牙术应综合考虑，因本法处于初步尝试阶段，较保守的指征为：

1.1 垂直阻生，单纯瓣切除术失败者；

1.2 垂直中低位阻生，有骨阻力者；

1.3 近中高位及中位阻生；

1.4 轻度的颊向或舌向高位阻生。

2 方法

2.1 术前准备

同阻生牙拔除术，应控制炎症；

2.2 术中要点

2.2.1 切口，翻瓣均同阻生牙拔除术，切忌撕裂；

2.2.2 去骨阻力：对有骨阻力者作少量的凿骨去骨。宽约2mm，能挺松移动即可，亦可用牙钻作缝状去骨；

2.2.3 矫正阻生牙：先用挺子将牙挺松，向正上方移位，如果移位不够，可用牙钳轻摇拔高使之与正常牙例平齐；

2.2.4 固定：移位较大或松动明显者，可用粘固粉固定，维持2～4周；

2.3 术后护理

术后2周患牙禁咬，常规用消炎止痛药含漱剂，控制炎症以保证术牙成活。

* 进修医生，重庆汽车发动机厂医院(630031)

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