DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.024

Oddi括约肌包括胆管下端括约肌，胰管远端周围括约肌（1/3病人有）及壶腹周围括约肌（1/6病人有）[4]。胆管括约肌约3 cm长，又分为上括约肌、漏斗部与下括约肌，上括约肌位于十二指肠壁外约3 mm长，其收缩可阻止胆汁进入十二指肠和防止自下而上的返流[5]。一般认为：括约肌切开术不超过1.5cm长度，而成形术切开长度应相当于胆管下端的最大径，变动在1 cm—3 cm范围内，经假道（结石嵌顿处）的括约肌切开，相当于切开漏斗部与上括约肌。不完全的Oddi括约肌切开成形术与Oddi括约肌切开术，由于保存了狭窄的胆总管远端—上括约肌，将导致胆汁淤滞与感染[5]，经内窥镜乳头切开术，很少超过1.5cm长度，迟发并发症有继发性乳头狭窄与十二指肠胆道返流。本组病例多数来自院外，其原切开长度无法查证。

鉴于括约肌切开术的弊端：切开长度不够会发生再狭窄，切开长度足够时又要发生返流。局部解剖个体差异较大，应从严掌握手术指征，胆管下端嵌顿结石应尽量钳碎后取出，必须切开者，估计可能引起返流时考虑加用胆管横断。如果胆管下端狭窄闭塞、胆汁中淀粉酶不高，此时没有必要甚至禁忌胆管横断，因横断处以下胆总管成为盲段、死腔、甚至形成脓肿，仅作肝外胆管空肠Roux-y吻合转流胆汁即可。由于长期十二指肠液返流致胆管成为继发性硬化性胆管炎改变，管壁增厚、管腔变窄，不少医生怀疑胆肠吻合的可行性，实践证明：胆管内径变细（B超），但术中胆管多数在1.2—1.5cm左右。

从以上病例证明，胆管横断，胆肠吻合是目前治疗Oddi括约肌切开术所致返流性胆管炎最为可靠的手术方法。

参 考 文 献

1. 何振平，等。返流性胆管炎的诊断与治疗。第三军医大学学报 1988;10(3):245
2. 崔彦，等。十二指肠液成分返流入胆道对胆管损害的实验研究。全国11届外科学术会议论文摘要 1988;6:1
3. Murat JE. Reflux through the sphicter of Oddi: influence of duodenal distention upon biliary tract and pancreas. The Sphicter Oddi: proc 3rd gastroenterol Symp Nice 1976:86
4. Lebovics E.et al.Sphicter of Oddi motility: development in phisiology and clinical application. Amer J Gastroenterol 1986:81:736
5. Soler RF. Morphological studies by peroperative transcystic radiomanometry. The Sphicter of Oddi: pros 3rd gastroenterol Symp Nice 1976:25

（收稿：1989.10.03；修回：1990.07.17）

106例膝关节镜检查小结

何锡煌 区伯平△ （西南医院 骨科）

膝关节镜检查是当代外科最新诊治技术之一。国内开展膝关节镜检查时间虽短，但发展颇快。我院从1982年7月～1989年6月对106例膝关节疾患进行了膝关节镜检查，取得了一些经验和体会，本文对此作一小结。

1 临 床 资 料

106例中，男44，女62，年龄15岁～77岁。右膝69，左膝37。单纯诊断性检查95例，检查加冲洗或灌洗

△现在第一军医大学南方医院骨科

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

治疗11例（其中5例作了滑膜活检）。

镜检指征和目的：①主要作为诊断手段，临床虽有初步诊断，但不十分明确，用镜检证实或修正，本组大部分属此目的，共95例，其中初诊为半月板损伤或可疑损伤87例，游离体4例，其它4例。②主要作为治疗手段，临床诊断基本明确，镜检同时进行关节冲洗或灌洗，对滑膜疾患，可同时行滑膜活检，共11例，主要为慢性滑膜炎或骨关节炎，

镜检结果：行诊断之95例，89例镜检后立即手术，镜检所见与手术所见相符或基本相符80例，符合率为89.9%，其中镜检肯定或补充临床诊断72例，修正临床诊断8例。9例不符，不符合率10.1%。6例镜检否定临床诊断未作手术。11例行冲洗或灌洗者，术后症状均有一定程度减轻。

2 讨 论

2.1 膝关节镜检查的意义 膝关节镜检查被认为是目前诊治膝关节疾患最先进和可靠的手段，其准确率达90%～95%以上。它主要优点有：①可直接地、动态地观察膝关节腔内结构，特别能发现临床和X线不易发现的滑膜、软骨等病变；②可肯定或补充临床诊断，准确地提供病变的具体部位和性质；③可纠正临床诊断的错误，避免不必要的关节切开；④可同时进行诊断性活检或治疗性灌洗；⑤可同时进行镜下手术；⑥可对比膝关节手术或治疗前后之效果及其变化等。本组病例实践证明，膝关节镜阳性发现，是较准确可靠的，本组发现之阳性病变，均经手术证实，无一例假阳性。因此，对临床诊断有疑问时，如能先行膝关节镜检查后再作手术，可提高手术的准确性。膝关节镜还可补充、修正或否定临床诊断，及时改变手术方式，或决定不作手术。本组有8例临床初诊半月板损伤，经关节镜检查修正诊断为创伤性关节炎、脂肪垫肥厚和粘连带等，及时改变了手术方式。另6例经镜检后否定了临床半月板损伤之诊断，未作手术，避免了关节切开探查，4例经3年临床随访，原症状消失。

2.2 膝关节镜检查诊断半月板损伤 半月板损伤很常见，过去依靠临床和X线造影，虽大部分也可作出正确诊断，但也常有误诊或漏诊，一旦误诊，即使切开关节，也难以观察半月板之全貌，此时，常只能根据临床诊断，将半月板切下后再检查，这就不可避免地可能将一些无损伤的半月板误切而无法弥补。而关节镜检查，其观察范围较关节切开大，故其诊断准确率也高，而且不至于误切无损伤的半月板。本组术前诊断半月板损伤87例，手术证实73例，诊断正确率为83.9%，余下14例，经关节镜检查后予以修正或否定，经手术或临床观察证实。73例经手术证实为半月板损伤病例中，66例关节镜检查为阳性，7例漏诊，诊断正确率为90.4%。故膝关节镜对半月板损伤诊断正确率高于临床。当然，膝关节镜对半月板的观察还有一定盲区，它对体部及其附近观察最满意，而对前角附着部，后角外侧部不易见到[1]。

2.3 膝关节镜在诊断盘状半月板上价值 国内外侧半月板损伤中，盘状半月板甚多见。本组切除之73例损伤半月板中，外侧半月板66例，其中盘状半月板47例，占71.2%。47例盘状半月板在关节镜下均可见到盘状特征，即半月板宽大，其游离缘凹曲线变小、变直，或呈一倒V形，有时游离缘或胫骨平台完全看不见。盘状半月板合并变性时，镜下可见该部软骨表面粗糙，有时有结节状隆起，并常有血迹附着。盘状半月板合并水平或底面撕裂时，其撕裂部位在镜下难以发现，本组此种撕裂19例，见到撕裂者仅4例，6例通过“波浪征”[2]间接诊断，余9例均在切下半月板后才见到其撕裂。因此，关节镜对这类撕裂伤诊断准确性还不高，有人提出用多种关节镜并配合辅助器械，如探针等，可避免或减少遗漏[3]。所幸它尚不影响治疗决策，盘状半月板即使未合并撕裂，临床有症状时，也有手术指征。

2.4 用膝关节镜进行冲洗、灌洗与活检 对骨关节炎、关节感染、类风湿性关节炎、

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

慢性滑膜炎等膝关节常见疾患，用膝关节镜进行冲洗、灌洗，已收到较好效果[4][5]。这是由于冲洗时将致病因子和有害物质冲出，减少了对滑膜的刺激，改善了血液循环，从而减轻了症状。本组病例虽不多，但均有一定效果。一般慢性炎症，行单次冲洗即可。有急性症状时，可留管进行持续灌洗7天～10天，常可避免传统的切开引流，不但创伤少，恢复快，而且日后并发症、后遗症也少。关节镜还可用于对滑膜或软骨采取标本进行活检，如标本采取准确，将有助于膝关节疾患的鉴别诊断。

2.5 膝关节镜检查的困难和问题 膝关节镜检查虽说损伤不大，但还不是完全无损伤，出血、关节软骨损伤、器械折断、感染等，文献上均有报道，本组也有发生。膝关节间隙狭窄，关节腔内结构复杂，灌注系统有时不够通畅等，使膝关节镜不如其它内窥镜清晰。关节镜还有视野盲区，学习和掌握关节镜技术比较困难，目前国产关节镜清晰度不够，工艺也欠佳，如漏水，边缘较锐等，都影响了关节镜诊断的准确性。因此，要提高膝关节镜诊断准确性，一是要有一套质量优良的关节镜，其次要检查者有熟练的操作技术和识别能力。要作到这两点，还有一定难度。

参 考 文 献

1. 董天祥，等。膝关节镜在半月板损伤诊断中的作用。中华外科杂志 1986;2:106
2. 区伯平。盘状软骨水平撕裂的膝关节镜诊断——介绍一种新的诊断方法。中华骨科杂志 1986;1:40
3. 徐锦森，等。膝关节镜临床应用中几个问题的探讨。中华外科杂志 1986;9:542
4. Gambardella RA. Arthroscopic Management of the Osteoarthritic Knee. Techniques in Orthop 1987;2:73
5. Mason L. Arthroscopic Management of the Infected Knee. Techniques in Orthop 1987;2:27

（收稿：1989.11.16；修回：1990.07.18）

707例子宫内膜异位症腹腔镜诊断分析

史常旭（西南医院 妇产科）

子宫内膜异位症（异位症）是妇科常见病。1983年11月至1989年7月我科共施行妇科诊断性腹腔镜检查（腹镜）1818例，镜下确诊异位症707例，检出率38.9%，如此众多病例腹镜诊断分析，国内尚未见报道。本文着重分析腹镜对异位症的诊断价值和单靠临床诊断的不可靠性等有关问题。

1 临床资料与方法

707例年龄20岁～51岁，其中20岁～30岁460例（65%）。临床表现中不孕者549例（77.7%），其中原发不孕316例（57.6%），继发不孕233例（42.4%）。有痛经者150例（21.2%），妇检于阴道后穹窿或三合诊扪及子宫直肠窝有痛性小结节（结节）者384例（54.3%）。采用日本Olympus腹腔镜，全部局麻，常规操作充入过滤空气，不孕者腹镜同时行美蓝生理盐水输卵管通液检查。按腹镜下发现盆腹腔，尤其是子宫直肠窝，子宫骶骨韧带处有蓝黑色、棕黑色、棕色，红色或卵巢巧克力囊肿（巧囊）等典型异位病灶为诊断依据，依Acosta[1]分类标准，分为轻、中、重三度，轻度：子宫直肠窝、膀胱反折或盆腹膜有分散、新鲜异位灶，卵巢、卵管周围无粘连；中度：卵巢一侧或双侧表面有异位灶伴瘢痕形成或回缩，或有小的巧囊，

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