DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.019

胆管囊肿(IV型),在外院作了总胆管囊肿引流、右后肝管囊肿的PTCD引流及左外叶胆管引流术,而未处理肝门部狭窄及结石梗阻,胆胰管合流异常,以致病人形成胆胰外瘘,每天1800 ml,消耗明显,后经肝外囊肿切除,肝门部狭窄切开整形,肝门部胆管空肠Y型吻合及左外下肝管瘘口处Longmire吻合,右后肝管U管支撑治愈。2例原发性硬化性胆管炎,肝门以下闭锁,肝内胆管略扩张,为暴露肝门及一级分支,需从肝中裂以左劈开方叶达肝门顶部,有1汇入左肝管横部的异位胆管被切断发生胆瘘。1例于瘘道形成后,移植于空肠加用U管支撑,1例利用胆囊、再连以空肠治愈。

胆瘘流量200 ml/日以下,对身体无大危害。长期丢失大量胆汁可致消瘦、虚弱、易激动、失眠、低白蛋白血症,出血倾向、低钾、钠、氯、钙,代谢性酸中毒,甚至贫血及骨质疏松。胆瘘如引流不畅常加重胆道感染,瘘口长期换药给病人带来烦恼。胆瘘持续超过6周,自愈可能性小。手术目的是在阐明原因、梗阻因素与部位基础上(采用瘘道造影、PTC、ERCP及术中胆管造影)去除梗阻因素,作胆瘘内口以上胆道或胆外瘘道与胃肠道的吻合,后者需瘘道成熟稳定不少于8周[1],术前2周开始作术前准备,纠正脱水与电解质失衡、贫血及低蛋白血症,改善凝血机能,并补充胆盐、设计完善的手术方案,在3月内进行手术。对无梗阻因素的胆瘘,尤其是肝内胆管瘘,保守治疗可望成功,勿急于手术。

参 考 文 献

1. Цыбырно КА, итд. Желчные свищи диагностика и лечение. 1983
2. Alper A. Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts liver. Br J Surg 1987; 74: 243
3. Belghiti J. Caustic sclerosing cholangitis. Arch Surg 1986; 121: 116
4. Лохвицкий СВ. Травматический повреждения внепеченочных желчных путей. Хирургия 1985; 1: 27
5. Andren-Sandberg A. Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy. Ann Surg 1985; 201: 45

(收稿: 1988.9.19; 修回: 1989.2.10)

主动脉窦瘤破裂的外科治疗(附11例报告)

张载高 刘欲团 史镭运 杨国泰 徐日兴 褚衍林 (新桥医院 心血管外科)

我院从1974年4月至1986年12月共施行主动脉窦瘤破裂修补11例,占同期体外循环手术1.56%(11/700),现将其治疗体会介绍如下。

临 床 资 料

本组中男性7例,女性4例。年龄17～40岁,平均26岁。突然起病7例,多数发生于负重或情绪激动时,表现有心悸、气短,呼吸困难,胸痛等,其中4例伴进行性心衰。从突然起病至手术时间为1月～2年。4例发病时间难以明确,其中2例幼年即有心脏杂音。全组均于胸骨左缘2～4肋间闻及Ⅲ～Ⅴ/6连续性或双期杂音,部位表浅,并伴有震颤。脉压5.87～19.2 kPa,其中6例大于8.00 kPa。合并畸形有:室缺6例(占全组54%),主动脉瓣脱垂关闭不全2例。心电图示左室肥厚4例,心肌缺血3例,正常者4例。胸片及计波常见肺血管纹理增多,肺动脉段突出,左心尖向左下延长。主动脉搏动增强或有陷落波。4例作右心导管检查,均存在明显左→右分流。肺动脉压大于6.00 kPa 3例,压力正常1例。4例逆行主动脉造影,均见造影

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

剂自破裂的主动脉窦口进入右心室，1例提示中度主动脉瓣返流。二维多普勒超声心动图检查2例，均清楚地显示窦瘤大小和突入心腔的位置，其中1例还显示并存室缺。

手术方法

本组病例均在中度低温体外循环下进行手术，于窦瘤破入的心腔作切口。术中见起源于右窦者9例(8例破入右室，1例破入右房)。起源于右窦及左窦交界处1例，记录不明1例，这两例均破入右心室。破入右心室者，8例位于漏斗部，2例位于三尖瓣隔瓣下。窦瘤呈囊袋状，壁灰白而脆弱，瘤体长1～2 cm。有进出两个瘘口，其中6例出口为多个。6例合并室缺均位于肺动脉瓣环下方，大小为0.3～1.5 cm，多呈裂隙状。手术从瘤体末端破口向囊颈部剪开，达到增厚的颈部切除瘤体，基底部保留3～4 mm，残端作"8"字缝合，并于基底部以间断双侧垫片褥式缝合加固。室缺小于1 cm，且紧邻瘤体者与瘘口一起缝合。如相距较远，则另作修补。本组2例室缺均较大采用补片修补。2例合并主动脉瓣关闭不全，1例窦瘤修补后心脏不易复跳，随即切开主动脉瓣膜成形。另1例主动脉瓣脱垂未作处理。

结果

手术死亡1例，因重度主动脉瓣关闭不全，术中未能复苏。死亡率为9.1%。存活10例，分别经8月～11年的随访，都恢复工作。其中1例伴中度主动脉瓣返流，但心功能尚好。

讨论

主动脉窦瘤被认为是1种少见的先天性主动脉疾病。70%破裂在成人时，多起源于右冠窦，并常破入右心腔[1]。窦瘤穿破后右心室突然承受主动脉高压力和分流使负荷急剧增加。病程发展与破口大小有关。大者容易导致心功能衰竭。另外，合并畸形亦促进病情发展。本组4例有明显心功能不全者，破口均大于1 cm，其中2例伴室缺和主动脉瓣脱垂。

对主动脉窦瘤破裂的诊断，有突然发病史者通常易于诊断，若发病迁延或合并其它畸形则较困难。临床上常需与室缺伴主动脉瓣关闭不全和动脉导管未闭相鉴别[1]。本组在初诊时误诊为这2种疾病有3例，经逆行主动脉造影或扇形超声心动图检查得以纠正。应用二维多普勒超声心动图检查，可直观瘤体的起源，穿入的心腔，瘘口大小和喷血方向，以及与半月瓣关系，同时还能发现合并畸形。其精确性较高，对拟定手术方案有重要指导意义。

本组对窦瘤切除修补所采用的方法与其它学者相似[2]。强调术中避免损伤主动脉瓣。窦瘤切除基底部应保留适当长度。切除太多，会致缝合张力过大使主动脉瓣受牵拉而引起关闭不全。本组1例术后主动脉瓣关闭不全有所加重，可能与此有关。

本组合并的室缺均位于漏斗部，紧邻肺动脉瓣环。室缺入者见主动脉瓣自缺损中脱出。瘤体常将缺损部位遮盖。因而于修补时应特别注意其后上缘，务必弄清主动脉瓣叶，瓣环及窦瘤基底部与缺损关系。勿在进针时刺伤或缝住瓣膜。若缺损上缘靠近肺动脉环，补片上缘可自肺动脉窦内加垫缝合，以求严密闭合。对轻、中度主动脉瓣脱垂，可不必常规切开主动脉，修补后衬托可得到纠正[2]。其严重者则予以瓣膜形成或瓣膜置换[3]。本组1例伴主动脉瓣明显返流，由于未得纠正，心脏不易复苏而死亡，应引为戒。

参考文献

1. Boutefeu JM, et al. Aneurysms of the Sinus of Valsalva. Report of Seven Cases and Review of the Literature. Am J Med 1978; 65: 18
2. 潘治，等。主动脉窦瘤破裂51例的外科治疗。中华外科杂志 1981; 19: 23
3. Sanchez HE, et al. Fistula of the Sinus of Valsalva. J Thorac Cardiovasc Surg 1977; 73: 877

(收稿：1988.4.16；修回：1989.2.5)

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