DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.03.027

原发性获得性冷性荨麻疹病例报告

第二附属医院　李为明整理　崔守信指导

原发性获得性冷性荨麻疹是儿童和成人的一种较少见疾病①，于1977年收治一例，现报告如下：

患儿，$9\frac{4}{12}$岁，女。入院前一年活动后双膝关节酸痛，但不红肿。入院前一周发热咽痛，院外诊断“急性扁桃体炎”，经治痊愈。一周内二次吃棒冰时发现嘴唇和接触棒冰之手指红肿。当接触冷水、或身体暴露部位受冷风刺激后均引起风疹块，无疼痛及紫癜，不经处理风疹块亦能随复温而自行消退。体检均无异常发现。

实验室检查：血，大小便常规和血小板计数均正常。血沉1小时末40毫米。抗链球菌溶血素O<500单位。胸部X线透视及二次心电图检查均正常。冷凝集素试验阴性。血清蛋白电泳：白蛋白60.1%、$\alpha_1$4.1%、α_2 8.2%、β9.8%、γ17.8%。免疫球蛋白IgG 1.120毫克%、IgA187毫克%、IgM125毫克%。粘蛋白90毫克%(按蛋白质计算)。血狼疮细胞阴性。冷球蛋白筛选试验阴性。冷试验阳性（验方略）。

住院经过：注射青霉素12天，入院一周开始服扑尔敏4毫克，日三次，共17天。服药三天后接触冷自来水无任何不适。服药17天再作冷试验（受冷10分钟）呈阴性反应。住院24天，无任何主诉不适，出院诊断原发性获得性冷性荨麻疹，嘱其注意保暖，禁止冷水浴，防止感染。



肝胆管结石症的外科治疗观点

第一附属医院肝胆外科　刘永雄　韩本立

黄志强审订

肝胆管结石是原发性胆管结石的重要组成部份但又有着特别重要的临床意义，它的含意是指左、右肝胆管开口以上的肝内胆管结石①②。近二十年来，我国外科工作者对它进行大量的研究，在诊断和治疗上均取得了显著成绩。

（一）

肝胆管结石症的临床意义：

肝胆管结石在我国有较高的发病率。黄志强报告肝内胆管结石，占28.3%③至47.6%④；刘永雄等⑤总结1952—1975年经手术治疗结石性胆道病，肝胆管结石277例，占26.11%。在国外②，马来西亚为10.2%，香港为23%，南朝鲜为20%；欧美等国的报告近年来亦有增加。应当指出，临床报告较病理解剖发现的比率要低，我校病理解剖教研研室在重庆地区所作之50例胆石症尸检中占38%①⑥。这是由于无论手术或X线造影检查，都受到一定的限制，不象尸检时那样详尽，往往难于发现肝内胆管尤其是第二级分枝以上的结石。

肝胆管结石症是胆道再次手术的最主要的原因。一组⑦分析71例主要为处理较复

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

杂的肝胆管结石的病人，其中56例(78.9%)为再次手术(2次至6次)。黄承达⑦报告23例残存结石中，16例在肝胆管及总胆管，周孝思⑨等报告手术治疗354例肝胆管结石中再次手术者112例。如何降低肝胆管结石再手术率是胆道外科中亟待解决的一个重要课题，也是外科治疗的基本着眼点。

肝胆管结石是胆道疾病死亡率的关健性因素。胆道外科非肿瘤疾患的死亡率，占外科急腹症中的第三位⑩。其中绝大多数乃由于肝胆管（或并胆总管）结石（或并狭窄）梗阻所致之急性化脓性胆道感染，病变不仅影响胆道本身，而且造成一系列严重的全身性改变，是造成胆道外科病人死亡的关健性因素。我院⑩分析的46个胆道疾病死亡病例中38例即为肝内外结石及蛔虫所引起的并发症。四川医学院报告⑪因化脓性梗阻性胆管炎死亡的12例尸检中，肝内胆管多数性结石者达11例。北京医学院⑧报告肝内外梗阻的复合型化脓性胆管炎47例死亡达8例(17%)。努力进一步地降低肝胆管结石症的死亡率，是目前胆道外科工作的基本出发点。

肝胆管结石已引起了广泛的注意，但是由于问题的复杂性，不论是在临床治疗工作上或有关基本问题的研究方面，均有待进一步提高。

(二)

肝胆管结石症的病理变化特点决定了外科治疗的方向和要求。

肝胆管结石症病理变化的实质是肝胆管的化脓性炎症、肝胆管梗阻和肝细胞的损害④。这一病理本质贯穿于肝胆管结石症病理演变的全过程，与肝胆管结石的发生发展有密切的关系。这些器质性病变，随着感染的每一次发作而不断加重，而且这种改变往往并非只限于结石存在的区域，而是不同程度地涉及整个胆道系统。在因肝胆管结石施行肝部份切除标本的病理检查中亦曾发现有肝胆管腺癌和肝胆管腺瘤样增殖的病变⑫，说明结石可与癌肿并存或导致恶变。

多处的报告①④⑪⑧都突出强调肝胆管梗阻（由于结石或狭窄）在病理改变中的重要意义。它是影响肝胆管结石病理改变的程度、范围和结局的核心因素，是外科治疗中的主要矛盾所在。梗阻和感染互相加重，并加速了整个病理变化的进程。梗阻的部位决定病变的范围，梗阻的程度和时间的长短决定病变的严重性。梗阻若不解除感染日益加重，并造成肝胆管系统一系列续发性器质性病变。如胆管坏疽、穿破、出血、多发性胆管源性肝脓肿、肝胆管狭窄、肝叶萎缩、胆汁性肝硬化⑦⑤、肝静脉阻塞综合症等①②，乃至胆砂性血栓引起肺动、静脉内血栓栓塞⑫。其它尚可并发膈下或肝下脓肿，胆汁性腹膜炎，胆瘘形成等。

以上病理改变突出地说明了肝胆管结石症的严重危害性，因而强调早期治疗的迫切性和必要性。手术治疗的基本目的是解除梗阻、清除病灶、通畅引流①④。国内丰富的实践经验证明，尽管手术方式有着种种差别，这三个目的则是共同的。三方面的要求紧密关联，缺一不可，而解除梗阻则是手术的核心和关键，清除病灶和通畅引流也是以解除梗阻为基础或相配合进行的。不解除梗阻，中西医结合治疗也无从发挥作用。在择期手术中固然要求全面设计①④⑤⑥，在急诊手术时，解除梗阻这一要求就尤其显得十分突出，常是使病人转危为安不可延误的关键⑨⑩。国内大宗病案总结报告①⑤⑧⑬表明，以完成外科治疗目的为中心，手术治疗的效果已有了显著的进步。我们的随访中，肝胆管结石症远期疗效73.85%是好的，大部份病人恢复了正常工作⑤。因而，对肝胆管结石症的外科治疗仍应精心选择，合理地、积极地进行。即使对双侧主要肝胆管结石梗阻乃至并发严重感染、胆汁性肝硬化，门脉高压症的复杂病例，亦不应消极悲观，更不能

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

视为禁忌。适时的乃至分步骤的合理的手术处理，常可扭转病程的发展趋势，为中西医结合的利胆、消炎、排石创造有利的条件，避免严重的后果。因之，外科手术治疗，在目前仍为一个积极救治病人的主要手段①。

（三）

肝胆管结石症外科治疗的基本观点

在肝胆管结石症的外科治疗中如何达到解除梗阻，清除病灶和通畅引流的要求，还有许多复杂的任务有待解决。刘永雄等⑤分析长期随访效果差和术后复发死亡的34例，归纳为六个主要方面的原因：（1）肝胆管解剖变异，致使重要的病变未得及时的发现和处理；（2）肝胆管多发性狭窄，泛发性结石，手术无法解除小胆管内的病变；（3）术后并发症如粘连等有碍胆系引流；（4）未切实处理好主要病变；（5）手术方式不当，阻塞未解除而盲目的内引流术；（6）遗漏肝内病变。说明努力的目的始终在于进一步降低死亡率，减少再手术率，积极开展中西医结合治疗，求得更好的效果。肝胆管结石症外科治疗的基本观点是：

一、把肝脏与胆道作为一个整体联系起来看待。胆道系统是肝脏分泌的排泄通道，对消化吸收及全身代谢有重要的作用，二者密切不可分割。但在肝胆管结石的外科治疗上一定要同用于胆囊结石及其并发症的外科治疗观点区别开来。要防止只满足于对胆囊及肝外胆道病变的处理所造成的忽略或遗漏；也要避免用处理胆囊结石及其并发症的观点来治疗肝胆管结石。要求从病变对肝胆道系统以及所涉及的全身性改变加以综合分析，结合具体病例的情况和需要加以全面的考虑和设计，进行有目的的准确的手术处理。对中西医结合病例的选择和在过程中的观察，也应依据实际情况和对治疗的反应，因势利导，趋利避害，全面掌握。

二、应对病情作多方面的调查分析，避免决定手术治疗的盲目性。应对以往发病特点，手术治疗的情况，后果和对病情发展的影响作详细调查[1]；[3]对病人的临床体征如黄疸的变化，肝脏的形态、体积的改变以及主要病灶位置的判别等作详细的检查和了解；对可能获得的X光照片的对比观察（如胆系X线解剖变化，肝门位置的偏移或某一主要肝胆管多次不显影等）和讨论①⑰⑱。要求在术前能作出正确的判断，明确手术探查和处理的方向、可能达到的目的和径途，设计好解决每一具体病例主要矛盾的手术预案，使手术治疗严格地在科学分析下进行，力除对“胆石症”的盲目的“胆道探查”和随意选择手术方式。

三、强调充分的手术前准备和严密、正确的手术后处理。肝胆管结石症病人病程长，病变复杂，肝功可能有不同程度的损害，随着技术的发展，手术治疗的范围广，程序多，费时久而且对全身及重要脏器影响大。除对肝，肾，心血管等功能的详细检查之外，对病人的水盐代谢，酸碱平衡，肾上腺皮质功能状态以及胆道致病菌谱和药敏试验的调查也很重要。手术后对全身及重要脏器功能的监护，感染的预防，热量的供应，引流物的处理和引流管的观察以及对术后出血，腹内感染，胆瘘形成的预防都是重要的课题，关系到手术的成败和病人的安危，也是影响治疗效果的重要因素⑬⑮。

四、手术中应对肝脏和胆道系统进行全面的探查，决定必要而又合理的手术方式。由于肝胆管结石病理改变复杂，临床表现多样，对于任何一个具体病例的处理，不可能有一共同的固定的“模式”，手术前虽能提出种种预案，但最后还需依术中具体探查的结果来加以选择。对肝脏和肝外胆道的仔细探查⑲⑲，必要时结合术前的经皮肋间肝穿刺胆道造影⑰⑳㉑㉒和术中胆道造影㉑⑰⑱，可对肝脏及肝内外胆道的病理变化以及结石和狭窄部位，影响范围等有清楚的了解，为

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

正确地决定手术方式提供可靠的依据。这种探查对手术治疗效果的影响的重要性，与具体实施某一手术步骤相比，有着关键性的意义。既要避免决定手术方式的主观随意性，又要避免单纯拘泥于某一既定手术模式的片面性。有时，与其盲目进行某一复杂的术式，其效果不如宁可选用一单纯而不使病情复杂化的简单手术。

五、用于肝胆管结石症的手术及其选择：

用于肝胆管结石症的手术有好几种，每一手术各有其用途、关键在于根据病变情况作出合理的选择。

经胆总管切开取石术：这是胆道手术的基本步骤。用于肝胆管结石症则要求一个长而高达肝门的肝外胆管切口，一方面有利于在直视下对各主要肝胆管开口逐一无漏地探查和清除结石④①㉘，另方面，亦有利于借助纤维胆道镜对肝胆管内病变进行深入的观察和尽可能彻底的处理②。单纯的经胆总管切开探查对于早期无狭窄的肝内结石的清除是有效的，但对并有肝脏和胆管复杂病变的肝胆管结石症的作用和效果则是有限的。重庆的材料随访32例中优11例，良7例，差4例，复发死亡者竟达10例⑤，北京的材料随访57例次，无复发21例（36.8%），复发36例（63.2%），其中严重复发6例(10.5%)⑨。说明对相当多的肝胆管结石症还须并用其它有效的手术方法才能达到治疗的要求，取得好的效果。经肝实质切开肝内胆管取石术仅用于远离肝门的肝左外叶弧立的结石①④

肝部份切除术：国内于1958年报导用肝部份切除术治疗肝胆管结石㉙。它的适应证是①④③：(1)局限于肝脏的一段，一叶或一侧的病变，由于肝胆管的长期梗阻及感染，使肝组织功能丧失，并引起严重症状者，(2)肝左外叶的结石难于清除者；(3)合并肝胆管狭窄的肝胆管结石；(4)并发多发性肝脓肿，肝胆管外瘘者。在采用其它措施处理肝胆管病变的同时（多为各种类型的胆肠内引流术），切除病变的肝组织，将增加手术的彻底性，因而是肝胆管结石症手术治疗的重要组成部份①④。我们长期随防（平均8年以上）肝部份切除术后病人43例，优25例，良14例，差4例，无复发死亡者⑤。二医大45例肝部份切除病人显效27例(60%)，良好14例(31.1%)，二例死于胆管癌，效果良好者占91.1%。⑫

肝胆管狭窄的处理：肝胆管炎性溃疡修复后的原发性胆管狭窄，是肝胆管结石常见的并发症，同时亦使肝胆管结石病理变化更加复杂而严重，并障碍了中西医结合治疗效果的发挥，增加了手术治疗的困难。它属于机械性的梗阻因素，只有通过手术治疗才有可能加以解决。它的发生率在临床上为21.3%⑤～33.9%㉚，实际上的数字可能比这高得多，因为肝胆管二级分枝以上的狭窄大多不易发现。对肝胆管狭窄的处理是肝胆管结石症外科治疗的重要组成部份。外科手术治疗主要在于解除肝胆管一级和二级分枝狭窄造成的梗阻和续发性病变。二级或二级分枝以上肝胆管狭窄有时可借处理肝实质病灶的肝部份切除术来解决。肝门部主要肝胆管开口狭窄的处理已有一些有益的经验，如胆管整形术④㉕㉖，这种方法有利于维持胆道生理通道的功能并避免胆肠内引流术的不利因素，但这只适用于狭窄早期程度较轻、范围较局限，周围粘连固定较少，炎症已较稳定的病例，否则再狭窄的机会很大㉕。肝门部（一侧或双侧）肝胆管狭窄切开，胆管空肠吻合术㉙，主要用于主要肝胆管开口狭窄而其以上肝胆管内结石较少、肝受损轻不需肝部分切除的病例，也用于病变虽较轻但局部解剖难于完成胆管狭窄整形术或估计整形术后有再狭窄可能的病例。对于左肝胆管狭窄并结石、肝左外叶炎性病灶或萎缩的复杂病变，常选用肝左外叶切除、左肝胆管狭窄切开术并胆总管肝总管左肝管“Y”形空肠袢侧

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

侧吻合术；而当左肝胆管狭窄处显露困难或狭窄处切开不够满意时，可于肝左外叶切除，清除肝内结石并扩通狭窄处以后行左肝内胆管（端）肝总管胆总管（侧）与“Y”式空肠袢的（侧）吻合术[19][21]。

肝胆管空肠内引流术的合并应用：在切除了化脓性病灶或因结石致纤维化萎缩失去功能的肝组织后；在一侧或双侧主要肝胆管结石并开口狭窄切开取石后结合施行肝胆管空肠吻合术以克服由于胆管炎反复发作致胆管扩大、胆管下端梗阻（炎性缩窄）所致的胆汁停滞，目的是为了改善引流，以期获得较好的效果[1]。临床上应用已渐广泛，对它的功效，各地报导[5][9][13][17]存有一定的差异。值得引起重视的是对这一手术的适应症的掌握，即这一手术只宜在解除梗阻（结石或狭窄）、清除病灶（化脓或萎缩的肝组织）的基础上配合应用，否则效果必然不好。我们主张[5][21]强调在主要肝胆管的阻塞病灶以下的肝外胆管作胆总管空肠吻合、俄狄氏括约肌切开或胆总管十二指肠吻合术，不仅无助于引流胆道，反而会构成或加重上行性感染，使病变更加复杂，发作更加频繁，病情更严重，尔后的处理更加困难。北医的总结亦指出[5]如不妥善处理肝内胆管梗阻，仅用胆管空肠吻合术，不易取得好的效果。胆总管十二指肠吻合术是主要用以处理胆总管下端病变的手术，用于治疗肝胆管结石应视为禁忌[30]。一组对胆总管十二指肠吻合术病人随访分析[4]指出35例再手术者，其中肝胆管结石或并狭窄者22例。可见盲目施行此一手术的害处。施行胆管空肠吻合术时从通畅引流，防止上行感染的目的出发，技术上要求：(1) 吻合口够大，因而以侧侧吻合为佳；(2) 粘膜对粘膜的间断缝合，此二点对防止吻合口的狭窄或失效很重要。(3)“Y”空肠袢的上行段的长度在40～50公分。但临床上仍可见有返流的情况。有的有上行感染发作，为避免这一问题，曾有某些改进。我们曾应用“游离空肠段”的方法[11]（即将上引段空肠的远端亦切断，再端侧吻合于空肠端端吻合口的下方）切断肠壁肌纤维，阻断其蠕动的连续性以防止或减少返流。曾宪九[8]认为解决返流的基本措施仍在于空肠吻合方法上的改进，主张将近侧空肠端沿远侧空肠管横轴行半周端端吻合，使二空肠袢间形成一锐角，若再将此二肠管用几针缝合并拢，进一步缩小这一角度，吻合口后面的肠壁可能起到活瓣的作用，食物返流的可能性应很小，报导已收一定效果。为了避免胆管空肠吻合术后胆总管下段因结石，食糜存留引起病状，避免再手术[30]，主张在解剖关系能清楚辨认的条件下，于十二指肠上沿横断胆总管，将远端缝闭，近端亦与空肠吻合。此时胆总管断端的游离以1公分以内为度，过多则影响吻合口血运。为了对胆肠吻合术后有症状复发的病人能在简易条件下进行检查处理，新近又有人建议[38]将空肠上引段之盲端植于上腹部皮下，一旦需要，可以切开皮肤，打开空肠端置入导管或纤维胆道镜进行X线造影检查或处理病灶，避免再手术之苦。

参考文献

1．《胆道外科》160页“肝胆管结石”人民卫生出版社出版 1976.4

2．中山文夫：外科40(11)1161 1978

3．黄志强 胆管结石 中华外科杂志5(9)：695 1957

4．黄志强等 肝胆管结石症的外科治疗 中华外科杂志增刊67页 1964

5．刘永雄等 肝胆管结石症外科治疗远期疗效 第九届全国外科学术会议论文摘要 153页 1978

6．黄志强等 肝胆管结石及其治疗 中华外科杂志 9(10)：716 1961

7．黄承达等 胆道残留结石23例分析报告 中华外科杂志 8(6)：581 1960

8．周孝思等 肝内胆管结石的治疗问题 第九届全国外科学术会议论文摘要 162页 1978

9．《胆道外科》293页

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

综述

电脑轴分层扫描及其对于胆肝胰疾病的诊断

第一附属医院放射科　吴献猷

电脑轴分层扫描(Computed axial tomographic scanning)简称电脑分层(Comput d tomography,CT)。英国人Hounsfield等在1972年制成了第一台EMI型机器，用于颅脑疾病的诊断，获得良好的效果。五六年来，已造成了第三、第四代的机器，在机械方面有了很多改进，使检查时间大为缩短，并且提高了影像清晰度。目前除颅脑疾病外，已广泛用于心、肺、肝胆、胰、肾等脏器的检查，被认为是自Roentgen发现X射线以来，X线诊断学中最重大的发展。

数十年来，X线检查术总是用感光胶片或萤光屏，记录穿过人体组织后强度不同的X射线，显出浓淡不同的影像，作为诊断疾病的根据。电脑分层改变了这种传统的方式，利用电子技术及先进的数据处理方法，能敏感地分辨人体各组织间细小的密度差别，从而为X线诊断学开辟了新园地。

电脑分层扫描机由下列各部份所组成：常规的X线发生器及控制器；扫描部份包括

10．《胆道外科》288页

11．肖路加等　急性梗阻性胆管炎12例尸检结果的分析　第九届全国外科学术会议论文摘要　154页　1978

12．胡宏惜等　肝叶切除治疗原发性肝内胆管结石远期疗效　第九届全国外科学术会议论文摘要　161页 1978

13．黄志强　从死亡病例看胆道疾患的治疗问题　中华外科杂志　10(10)封2　1962

14．《胆道外科》　131页

15．《胆道外科》　151页

16．王其源等　《肝胆胰X线检查》书稿待出版

17．张应天等　关于肝内结石诊断的几点意见　中华外科杂志　12(8)：796　1964

18．《胆道外科》　112页

19．《胆道外科》　152页

20．黄文等　经肋间肝穿刺之胆道造影术　中华外科杂志　6(11)　1215　1958

21．《胆道外科》56页

22．韩本立等　经皮肋间肝穿刺胆道造影100例总结　待发表资料

23．孙建民等　胆道大出血　中华外科杂志　16(5)：273　1978

24．黄志强　肝部份切除治疗肝内胆管结石　中华外科杂志　6(11)：1221　1958

25．《胆道外科》182页

26．冉端图　肝门胆管狭窄原位整形术　第九届全国外科学术会议论文摘要　169页 1978

27．冉端图　肝内胆管结石的外科治疗　中华外科杂志　9(3)：216　1961

28．迟宝恩等　胆肠内引流术　第九届全国外科学术会议论文摘要第159页　1978

29．上海瑞金医院外科　从远期疗效对各种胆道内引流术治疗胆石症的体会　第九届全国外科学术会议论文摘要　160页　1978

30．《胆道外科》　156页

31．上海长海医院肝胆外科小组　肝胆管结石症的外科治疗　中华医学会上海分会讲座资料23页　1974

32．刘永雄等　从再手术看胆总管十二指肠吻合术的合理应用　第九届全国外科学术会议列题论文

33．曾宪九　空肠Y型吻合后返流的预防　中华外科杂志　15(1)：51　1977

34．黄志强等　高位肝胆管狭窄的治疗　解放军医学杂志　2(4)：368　1965

35．金锡礼　胆道再次手术的原因及预防　解放军医学杂志　2(4)：373　1995

36．马宵等　胆道疾患手术治疗中的一些常见错误及其预防　解放军医学杂志　3(1)：16　1966

36．裴锡玉等　如何降低胆道疾患的死亡率　解放军医学杂志　3(1)：14　1965

38．方干等　皮下盲袢型总肝管空肠吻合术治疗双侧肝胆管结石　中华医学杂志　57(1)：13　1977

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