

炎、胆道结石、胰腺炎及癌变。病人同时具有典型三联征的并不少见,病人多以并发症就诊。B超检查一般可以确定诊断,证实有胆总管扩张,本组有 4例病人(包括 3例外院手术后病人)在第 1次手术前 B超诊断为胆管结石。螺旋 CT及 MRCP技术的应用使本病术前无创定位、分型成为可能<sup>[3]</sup>。ERCP检查有助于在术前了解胆管汇合情况。

4. 治疗:由于胆总管囊肿较易出现并发症,如:胆道感染、癌变,常可危及生命,故一经诊断即应采取手术治疗。以往手术多采取内引流术,可部分解决胆汁引流问题,但术后仍可以出现反复胆道感染,并随年龄增长胆管癌变机率增加。据报道,内引流术后癌变的平均时间为 4.2年<sup>[1]</sup>。其癌变机理可能为:胰腹管汇合异常病人内引流术后胰液仍可返流至胆管引起慢性刺激,这种刺激加重胆汁滞留,反复胆道感染是促进胆道癌变的重要因素。故近年来,单纯内引流术已经被摒弃。对已行内引流的病例应严密观察并考虑手术切除<sup>[4]</sup>。近年来手术多采用囊肿切除肝总管空肠 Roux-Y吻合或囊肿切除空肠间置胆管十二指肠吻合术。采用上述手术方式切除囊肿,能去除胆汁滞留,并解决了胰胆管汇合异常引起的胰液返流,有效降低了胆管癌变的机会。在切除囊肿时,保留肝管开口以下 1~1.5cm胆管壁组织,以便于吻合及避免发生肝管吻合口狭窄。此时虽未能将囊肿粘膜完全彻底切除,继发恶变仍有可能,但因解决了胆汁滞留及胰液返流,其癌变发生率可大为降低<sup>[2]</sup>。本组 32例行囊肿切除胆道重建病人,其中有 27例 VI-A型病

人,经 10月~6年随访未发现恶变。影响囊肿切除的因素是囊肿长期反复发作的感染,引起胆管周围炎症、囊肿壁增厚与周围粘连严重,血管丰富,出血多。尤其是囊肿后壁为门静脉,勉强剥离可引起大出血,在此情况下可采取将后壁剥除其粘膜,保留其外层,残存粘膜以石炭酸烧灼,破坏残存粘膜,预防恶变。对于胆道重建方式,采用肝总管空肠 Roux-Y吻合或空肠间置胆管十二指肠吻合术。本组 32例病例中 12例行肝总管空肠 Roux-Y吻合术,术后逆行感染 4例,发生率 33.3%,20例空肠间置胆管十二指肠吻合术,术后逆行感染 3例,发生率 15%。

胆总管囊肿经确诊后应行囊肿切除以预防癌变已形成共识,对于囊肿切除后胆道重建方式,我们认为间置空肠较 Roux-Y吻合更能解决胆肠返流引起的逆行感染,并能使十二指肠保持正常酸碱度,使其合科生理,避免了十二指肠溃疡发生。且随熟练程度的增加,其操作并不复杂,不失为较好胆道重建方式。

参考文献

- 1 施维锦,主编.胆道外科学.上海:科学技术出版社,1993.131-133.
- 2 黄志强,主编.黄志强胆道外科学,1994.156-161.
- 3 杨同德,史留斌,王正悦.先天性胆总管囊肿癌变的防治.中国普通外科杂志,1997.6(1):1.
- 4 史留斌,彭淑,彭承宏.成人型胆管囊肿的外科治疗.中国实用外科杂志,2002.22(2):92.

(收稿日期:2005-04-11)

## 经皮穿刺胸腔内置管负压引流并注药治疗恶性胸腔积液 34例

赵四清

**【摘要】**目的 探索恶性胸腔积液治疗新方法,提高疗效。方法 对本院收治的 34例恶性胸腔积液患者给予胸腔内置入中心静脉导管,持续负压引流,常规往胸腔内灌注 α-糜蛋白酶防止积液粘稠,堵塞导管。引流至无胸水后向胸腔注入化疗药物。结果 治疗组全部病例置管 2~4d引流彻底,观察 3~5d拔管,无 1例发生窦道及种植转移,无 1例导管脱落、阻塞,引流后 KPS评分平均升高 30分以上,疗效显著。对照组 5例按传统方法反复穿刺引流不能彻底,病情恶化,放弃治疗。结论 经皮穿刺胸腔内置管负压引流并注化疗药物治疗恶性胸腔积液方法,避免了传统治疗反复穿刺放胸水,增加患者痛苦和感染机会,且提高了疗效。

**【关键词】** 胸腔置管;导管阻塞;肝素钠;α-糜蛋白酶;预防

资料与方法

1. 一般资料:本治疗组 34例为我科 2002年 4月~2004年 4月收治的病人,其中男 21例,女 13例,年龄 35~82岁。行为状况(K氏评分)40~70分。大量胸腔积液 27例,其中双侧积液 8例,中等量积液 7例,曾在外院反复穿刺引流者 6例。全部病例均有病理诊断,其中肺癌 24例,乳癌 6例,腮腺混合瘤 1例,卵巢癌 1例,胃癌 2例。对照组 5例自愿选择传统的反复穿刺引流方法。

2. 治疗方法:①材料:中心静脉导管穿刺盒一个;由穿刺针、中心静脉导管、弹性导丝、皮肤扩张器构成。另备负压引流袋一个。②穿刺方法:病人取坐位,以第 7或 8肋间与腋中线或腋后线交点为穿刺点,利多卡因局麻后,18号穿刺针穿刺,待抽出液体后,送入 J型导丝,拔除穿刺针,皮肤扩张器扩张皮肤

后,沿导丝将导管送入胸腔内 10~15cm退出导丝,将导管用仿生膜固定于胸壁上,外接负压引流袋引流。每个病人尤其是病史较长、院外有反复穿刺史并注药者,穿刺前必须查 B超定位,了解液量多少及有无包裹。③治疗:持续负压引流,根据情况调整速度和量,24h引流量控制在 200ml内。α-糜蛋白酶 4000<sup>u</sup>加盐水 50ml一日内 2次胸腔灌注,并不断变换体位使之混合以利引流。引流至无胸水,经引流管注入胸腺钛 100mg地塞米松 10mg 654-2 10mg如引流后胸膜摩擦痛甚可注入利多卡因 200mg止痛。同时或第 2d腺癌用盐水 100ml加 MMC 10~20mg鳞癌及其它类型癌用盐水 100mg加 DDP50~100mg或 ADM50mg经引流管注入胸腔。其后用肝素钠盐水封管。不断翻身变换体位,6h后再持续引流直至无液体流出,保留引流管开放状态 3~5d仍无液体流出,胸透或 B超示肺完全复张可拔管。其间密切观察引流情况并作好记录,可多次复查胸透或 B超调整管头在胸腔内的位置,使之始终处于积液最低处。

3. 疗效标准:按 WHO的胸腹水疗效判定标准分完全有效

作者单位:454693 河南省济源市王屋卫生院

(CR)、部分有效(PR)、无效(NC)<sup>[1]</sup>。

### 结 果

治疗组 34例中 CR 27例, PR 7例, 有效率 100%。全部病例置管 2~4d 引流彻底, 观察 3~5d 拔管, 拔出引流管后伤口于 1~2d 内愈合, 无 1例发生窦道及种植转移, 无 1例导管脱落、阻塞。引流后 KPS 评分平均升高约 30分以上, 治疗前后差异显著。对照组 5例按传统方法反复穿刺引流不能彻底, 病情恶化, 放弃治疗。

### 讨 论

恶性胸腔积液是恶性肿瘤晚期的常见并发症, 经皮穿刺中心静脉导管胸腔内置管引流并注入化疗药物治疗恶性胸腔积液与传统方法比较, 具有操作简单、快捷、安全且疗效好, 可控制引流速度和量, 避免包裹性积液的形成, 不宜出现种植转移及形成瘘道等优点<sup>[2]</sup>。但由于导管细、软, 积液稠厚有漂浮物, 易出现引流不畅, 容易阻塞。因此, 在使用中应注意: ①保持负压引流, 引流不畅  $\alpha$ -糜蛋白酶加盐水注入, 引流后胸痛者可注入利多卡因、地塞米松, 注入药物后用肝素钠盐水封管。②根据情况复查胸透和 B 超, 调整引流管的位置及长度。③注药

后封管至再次引流间隔时间一般为 8~12h 否则胸腔在被化疗药物刺激后, 易将新生的胸水包裹, 形成包裹性积液。④注意无菌操作防止感染。

我们在临床使用此法引流恶性胸腔积液中首次选用了  $\alpha$ -糜蛋白酶为胸腔积液的稀释剂。 $\alpha$ -糜蛋白酶为一种肽链内切酶, 具有分解蛋白质和肽链之作用, 能消化脓汁和坏死组织, 消净创面促进肉芽组织生长, 可与化学药物共用来治疗各种炎性溃疡、脓汁、血肿、脓胸等疾病。我们使用  $\alpha$ -糜蛋白酶成功地解决了恶性胸腔积液稠、导管细、引流不畅、不彻底的难题, 而且  $\alpha$ -糜蛋白酶价格低廉、作用明显、操作简单安全, 病人无痛苦, 尤其在基层医院有使用价值。

### 参考文献

- 1 李振, 王化洲. 恶性肿瘤的化学治疗与免疫. 北京: 人民卫生出版社, 1993. 63~64
- 2 孙红文, 周华, 奎宏, 等. 微创致管引流灌注高聚生治疗恶性胸腔积液. 中国肿瘤临床, 2000 27(1): 62

(收稿日期: 2005-04-07)

## 胆石症 96例诊治分析

侯荣山

**【摘要】** 目的 总结胆石症治疗经验, 尽可能减少并发症。方法 通过对 96例胆石症病人手术进行总结比较。结果 96例病人手术一期治愈 87例, 术后复发二次手术 4例, 3例拔“T”管胆漏二次手术治愈, 1例转院, 1例死亡。结论 手术是治疗胆石症比较好的方法, 对于合并肝内胆管结石的病人, 术中配合胆道镜能减少残石率, 无条件者应用不同型号的尿管冲洗肝内胆管, 亦能减少残石率。术后服药能减少复发率。

**【关键词】** 胆石症; 诊治; 手术

胆石症是外科的一种常见疾病, 我院在 1999年~2005年间共收治 96例胆石症病人, 现报告如下:

### 临床资料

1. 一般资料: 本组 96例, 男性 39例, 女性 57例。年龄在 26~85岁之间, 平均年龄 52.6岁。单纯胆囊结石 51例, 胆总管结石 29例, 胆囊结石合并胆总管结石 16例。急诊手术 29例, 择期手术 67例, 67例中有胆道手术史者 3例, 合并肝内胆管结石者 5例。

2. 方法: 常规的肋缘下斜切口切除胆囊, 一部分粘连较重的病人连胆囊床一并切除, 51例胆囊结石病人未行胆总管探查, 行单纯胆囊切除术, 合并胆囊穿孔 2例, 均一期愈合。胆总管结石 29例, 均合并慢性胆囊炎, 均行胆囊切除, 并加“T”管引流, 其中有 2例病人取结石后, 胆管直接缝合, 未放“T”管引流, 均一期治愈。

29例病人中有 3例拔“T”管形成胆汁性腹膜炎, 1例病人经观察保守治愈, 另 1例手术探查放管引流治愈, 1例病人需二次手术经反复做工作未同意, 最终转上级医院手术探查放管引流治愈。

胆囊结石合并肝外胆管结石的病人在切除胆囊的同时, 均行胆总管探查及取石, 其中有 1例同时合并左右肝内胆管多发

结石的病人, 笔者用大、中、小号一次性尿管给予反复向肝管内冲洗, 然后再用不同的胆道取石钳取出结石, 再冲洗再取石, 如此反复。该病人取出结石数十枚, 大小结石总数计 80枚以上, 术后保留“T”管 1个月, 术后“T”管排出小结石约 50枚以上及部分絮状物, 病人拔“T”管时已经胆汁清晰, B超探查肝内胆管未见有明显的结石, 边缘仍有部分小的亮点强回声, 拔除后给服药预防复发。

有 2例合并肝内胆管结石的病人, 术后 1年胆总管内再次发现结石而行二次手术取石引流。

1例 85岁老年人, 胆总管巨大结石合并急性梗阻性化脓性胆管炎, 急诊入院, 有疼、热、黄症状, WBC  $26.0 \times 10^9/L$ , 急诊手术取出约  $3.5 \text{cm} \times 5.0 \text{cm}$  的黄绿色松散结石, 病人黄疸消失, 术后经由内科积极治疗并发症(心肺功能差), 病人一期治愈。

### 结 果

96例病人一期愈合 87例, 有 4例术后半年到两年胆总管再发结石或为肝内胆管脱落结石, 而行二次手术治愈。3例病人拔“T”管后形成胆汁性腹膜炎, 1例保守观察治愈; 另 1例手术探查放管引流治愈; 另 1例胆汁漏的病人转上级医院手术置管引流治愈。死亡 1例急诊病人, 78岁, 男性, 有化脓性、梗阻性胆管炎的症状, 高烧合并心肺功能衰竭而死亡。请省级专家术中配合胆道镜取石 1例, 其残石率接近 0 随访 3年无复发。

作者单位: 457400 河南省南乐县人民医院