

术中经胆囊管胆道造影在胆囊切除术中的应用价值

袁笑, 王海曙, 陈开伟

[摘要] 目的: 探讨对具有胆总管探查指征的胆囊结石患者行胆囊切除术中胆道造影的应用价值。方法: 回顾性分析 51 例患者术中胆道造影的资料, 分析术前、术中存在胆总管探查原因, 评估术中胆道造影的应用价值。结果: 51 例术前或术中有胆总管探查指征者中, 19 例有阳性发现(阳性率 37.2%)。结论: 术中胆道造影可以发现术前未能确诊的胆总管结石, 了解胆道系统的解剖, 减少胆道损伤, 避免不必要的阴性胆总管探查。

[关键词] 胆囊切除术; 胆管造影术

[中国图书资料分类法分类号] R 657.4; R 816.5 [文献标识码] A

术中经胆囊管胆道造影是判断胆总管有无结石的较为可靠的方法^[1]。1997 年 9 月~2003 年 10 月, 我院对胆囊结石合并有相对胆总管探查指征的 51 例患者行术中经胆囊管胆道造影, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 51 例, 男 23 例, 女 28 例; 年龄 21~82 岁。其术前、术中胆总管探查原因见表 1。

表 1 51 例患者术中胆道造影原因及造影结果

原因	造影例数	阳性例数
黄疸病史	7	2
胆源性胰腺炎病史	4	1
胆管炎病史	4	1
术前胆总管增粗	14	5
术前胆囊泥沙样结石	9	4
术中胆总管增粗*	6	3
术中胆囊泥沙样结石*	7	3
合计	51	19

注: * 术前检查未发现

1.2 造影方法 术中造影用 100A 移动式 X 线摄影机, 常规摄片, 对于术前有胆总管探查指征或手术中发现胆总管有异常的患者行术中胆道造影术。常规切除胆囊后胆囊管保留 1 cm, 由胆囊管插入输尿管支架管, 深约 2 cm, 轻轻用丝线结扎胆囊管, 以防造影剂溢出, 将患者体位调至头低、左侧卧位各 30°, 经导管注入 20%~30% 的泛影葡胺 20~40 ml^[2], 摄片了解肝内外胆管情况。造影发现有下列情况之一者为造影阳性^[3]: (1) 胆总管发现有结石; (2) 胆管变异; (3) 胆总管远端狭窄; (4) 胆总管直径 > 0.8 cm。

2 结果

51 例患者造影均获成功。18 例术中发现疑有胆管结石, 行胆总管切开取石术, 其中有 2 例为假阴性; 1 例胆道蛔虫, 切开胆总管予以取出; 1 例胆总管明显增粗, 内径约 2.5 cm, 胆总管下段狭窄, 行胆肠内引流术; 1 例为胃大部切除术后, 胆总管与空肠形成内瘘, 予以修补及“T”管引流; 1 例假阴性, 后外院经十二指肠镜行十二指肠乳头切开取出结石。

3 讨论

3.1 术中胆道造影的临床意义 由于受十二指肠内气体干扰加之位置较深, B 超诊断胆总管结石不如诊断胆囊结石的准确率高, 尤其是不造成胆管梗阻的小结石。术中胆道造影具有以下优点: (1) 术中胆道造影可以显著降低胆道残余结石的发生; 胆道再次手术大多因残余结石, 虽然有许多方法诸如术前 B 超, 术中医生的经验判断可以诊断出胆道结石, 但由于各种因素的影响, 常难以做出准确的判断。术中胆道造影能准确地反映出有无结石, 临床可根据结石的大小、部位、数量尽可能选择最佳的手术方式取出结石, 并能随时造影复查。(2) 术中胆道造影可以避免不必要的胆总管探查。由于术前各种检查的误差及胆总管内的的小结石可能已自行排出, 术中胆道造影可明确胆总管内有无结石, 避免不必要的阴性探查, 减少并发症, 缩短患者住院时间, 减少医疗费用。(3) 术中胆道造影可以帮助医师客观、全面了解胆道系统的解剖形态, 避免术中负损伤, 决定更适当的手术方式。

3.2 术中胆道造影的适应证 术中胆道造影是否应成为胆石症手术时的常规仍存在争论。鉴于只有 8%~10% 的胆囊结石患者合并有胆总管结石, 所以是否应对所有的胆石症患者常规行术中胆道造影, 此问题值得探讨。毕竟术中胆道造影延长了手术时间, 增加医疗费用, 有时还会增加胆道损伤的机会^[4], 故术中胆道造影应有针对性^[3]。本组 51 例施行时均是选择性的。有以下情况者应做术中造影

术:(1)既往有胆源性胰腺炎及黄疸、胆管炎病史;(2)B超显示胆总管增粗或疑有结石;(3)对胆囊结石患者术中疑有结石进入胆总管者;(4)手术中发现胆总管增粗;(5)术中胆道系统解剖不清,疑有胆道变异,胆道损伤。我们认为如果手术前严格掌握其适应证,对施行术中造影患者严格选择,可以使大部分无术中造影指征的患者免受术中造影操作所带来的不利,不会增加胆总管结石的漏诊率。

3.3 术中胆道造影的注意事项 (1)在注射造影剂之前应先排尽空气,以免出现假阳性征象,本组2例假阳性者,均属此原因所致;(2)注入造影剂时应用力均匀、速度适中,造影剂温度应接近体温,以免造成胆道口肝胰壶腹括约肌痉挛,致假阳性结果;(3)

造影剂浓度过高,影响对结石的观察,过低则结石不显影,我们观察到76%泛影葡胺20 ml加30 ml的生理盐水稀释至50 ml,使用效果较好。

[参 考 文 献]

- [1] 吴阶平,裘法祖.外科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,1996:1380.
- [2] 焦成文,蔡珍福,皋岚雅.术中胆道造影在小切口胆囊切除术中的应用价值[J].肝胆外科杂志,2001,9(6):440~441.
- [3] 宋世兵,袁炯,修典荣,等.术中胆道造影在腹腔镜胆囊切除术中的应用价值[J].中华肝胆外科杂志,2002,8(8):461~463.
- [4] 王跃东,Byrner UM,魏琪,等.腹腔镜下胆道造影术[J].中华消化内镜杂志,1997,14(2):84~86.
- [5] 程石,袁辉生,李志宏.术中胆道造影对无黄疸结石病人的诊治价值[J].中国实用外科杂志,1999,18(4):222~223.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0444-02

·临床医学·

危重症患儿与高血糖关系 65例临床分析

苏彩云,郭丽频

[摘要] 目的:探讨危重症患儿应激性高血糖与病情危重程度及预后的关系。方法:对2002~2003年住院的65例危重症患儿,按有无器官衰竭以及程度分为三组,进行静脉血糖检测。结果:65例中高血糖发病率46%,衰竭组血糖明显高于无衰竭组($P < 0.05 \sim P < 0.01$),且随着病情程度的增加,血糖升高更明显,病死率也增加($P < 0.005$)。结论:危重症患儿病情愈重,应激愈强,血糖升高愈明显,预后也愈差。

[关键词] 血糖过多;重症监护治疗病房;儿科;应激反应

[中国图书资料分类法分类号] R 587.1; R 197.3 [文献标识码] A

无论是感染性或非感染性致病因素所引起的危重症,其发生发展既与致病因素的刺激有关,也与机体受到刺激后的应激反应有关。应激性高血糖是应激反应时高代谢状态的主要代谢变化。因其易于检测,同时又常为临床医师所忽略,因此,本文就我科近2年收治的危重症患儿血糖值作一分析,以了解其与危重症患儿病情严重程度的相关性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 65例为我科2002~2003年收治的危重病患儿。年龄几小时~12岁,其中 ≤ 1 岁者59例。病种包括:严重感染(呼吸、消化、神经及全身感染)31例,急性中毒3例,意外伤害(溺水)1例,缺氧窒息13例,缺氧窒息伴感染11例,其他6例。无器官衰竭组20例,单器官衰竭组(死亡1例)22例,多器官衰竭组(死亡11例)23例。器官衰竭诊断按《实用儿科学》相关器官衰竭诊断标准。所有患

儿排除糖尿病。

1.2 方法 入院时即危重者于输液前抽取静脉血,住院病程中出现病危者,多于输液前抽血,部分于输液中抽血,部位为股静脉或输液肢体对侧静脉,输糖浓度5%,输液速度为 $4 \sim 6 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$,不包括抽血前大剂量激素应用者。血糖由美国生产杜邦全自动生化分析仪检测(诊断标准:血糖 $> 7 \text{ mmol/L}$ 为高血糖)。

1.3 统计学方法 采用方差分析和 q 检验、 χ^2 检验与秩和检验。

2 结果

65例危重症患儿的血糖检测结果显示,器官衰竭组血糖均高于无器官衰竭组($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$),而多器官衰竭组血糖又高于单器官衰竭组($P < 0.05$)(见表1)。65例患儿中高血糖总发生率为46.15%,无衰竭组为5.00%,单衰竭组为50.00%,多衰竭组为78.26%,三组差异有显著性($P < 0.005$)。12例病死患者中多器官衰竭组病死率为47.83%,单衰竭组为4.55%,无衰竭组无病死患儿,三组差异亦有显著性($P < 0.005$)(见表2)。

[收稿日期] 2004-02-19

[作者单位] 安徽省淮北市矿工总医院 儿科,235000

[作者简介] 苏彩云(1965-),女,安徽怀远县人,主治医师。