

者呼吸加深有关,但缺点是患者挣扎,助手固定困难。全身麻醉的9例术中均不同程度出现缺氧,多出现在侧开喉镜挑起会厌或气管镜刚插入气管时,一旦发生缺氧立即停止操作,避免继续刺激喉头和气管,加大供氧,缺氧症状均在1 min内缓解,无一例需要麻醉插管。其原因为喉、气管及支气管均有迷走神经支配,麻醉过浅和氯胺酮不良反应等因素,插入侧开喉镜或支气管镜,发生喉痉挛和气管、支气管痉挛,造成短暂缺氧。除非异物取出困难或者患者年龄偏大(4岁以上),术中固定困难,我们尽可能采用了局部麻醉。

本组76例气管、支气管异物,除4例气管异物和1例双支气管异物,左支气管异物34例,右支气管异物37例,左、右支气管异物几乎相当,与传统报

道^[6]的右支气管异物明显多于左侧有出入,也可能是本组病例数太少的原因。

[参 考 文 献]

- [1] 张亚梅. 开胸手术治疗复杂支气管异物[J]. 中华耳鼻喉头颈外科杂志, 2007, 14(6): 383-385.
- [2] 张松, 米立新, 刘邦华, 等. 老年支气管异物的诊断及治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 21(8): 359-360.
- [3] 张彩萍, 周庆. 咽喉部异物治疗方式及技巧探讨[J]. 江西医学院学报, 2009, 49(9): 75-76, 79.
- [4] 黄方, 黄海琼, 黄建强, 等. 支气管内镜视频监视系统在小儿气管-支气管异物诊治中的应用[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2008, 22(3): 276-277.
- [5] 崔艳, 刘吉祥. 小儿呼吸道异物治疗846例分析[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2009, 23(3): 63-64, 68.
- [6] 田勇泉. 耳鼻咽喉-头颈外科[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 258-261.

[文章编号] 1000-2200(2010)11-1136-03

· 临床医学 ·

腹腔镜胆囊切除术后近期再手术原因及对策

许先军, 潘文

[摘要] 目的: 探讨腹腔镜胆囊切除术(LC)后近期再手术的原因与对策。方法: 分析6 538例LC中35例近期再手术的临床资料。结果: 35例近期再手术的原因为5例术后胆漏, 12例胆道损伤, 13例术后胆总管残留结石, 遗漏并存的胃癌、壶腹部癌和胰头肿瘤各1例, 术后出血2例; 再手术为术后5 h至30天; 35例围手术期无死亡。结论: 胆道损伤和胆管残余结石是LC术后再手术的主要原因; 完善术前检查, 术中精细解剖操作, 可以预防、减少LC术后再手术率。

[关键词] 腹腔镜术; 胆囊切除术; 并发症; 再手术

[中国图书资料分类法分类号] R 572 [文献标识码] A

目前腹腔镜胆囊切除术(LC)为胆囊炎、胆囊结石治疗的“金标准”, 但随着LC的广泛开展, 术后有少数并发症或漏诊等原因需要再次手术。2000年9月至2009年6月, 我院行LC 6 538例, 近期需再次手术35例, 现就再手术原因及对策作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 35例中, 男14例, 女21例; 年龄32~71岁。再次手术时间距首次手术时间: 1天内2例, 2~7天16例, 7天至1个月17例。术后再手术发生率0.54%(35/6 538), 12例胆道损伤; 右肝管横断2例; 肝总管损伤3例, 其中2例胆管壁部分切除, 1例被钛夹部分夹闭; 胆总管损伤7例, 为迟发性穿孔1例, 2例完全横断, 1例被钛夹完全夹闭, 3例胆总管壁部分切除; 术后胆汁漏5例, 其中胆总管残端漏2例, 迷走胆管损伤漏1例, 胆囊床毛细胆

管漏2例; 术后胆管结石残留13例; 术后出血2例, 遗漏并存的胃癌、壶腹部癌和胰头肿瘤各1例。

1.2 再手术方式 胆总管端端吻合+T管引流术5例, 胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术6例, 1例胆总管壁迟发穿孔行修补+T管引流术, 剖腹探查止血、引流2例, 剖腹探查再次结扎胆囊管残端、毛细胆管和副胆管5例, 胆总管切开取石+T管引流术8例, 胆总管残余结石行逆行胰胆管造影术(ERCP)+十二指肠乳头切开取石(EST)5例, 行远端胃大部根治性切除和Child各1例, 行胆道外引流术1例。

1.3 结果 35例再手术围手术期无死亡, 胰头肿瘤患者行胆道外引流术后3个月死于多脏器衰竭, 余34例临床治愈。

2 讨论

胆道损伤是LC最严重的并发症之一^[1]。在医源性肝外胆管损伤中, 90%以上是胆囊切除术所致^[2], LC胆管损伤发生率较高, 郭红伟等^[3]报道LC胆管损伤发生率为0.2%~0.7%, 我院收治6 538

[收稿日期] 2009-09-11

[作者单位] 安徽省宁国市人民医院 普外科, 242300

[作者简介] 许先军(1972-), 男, 主治医师。

例的 LC 中,胆道损伤 17 例,术中发现并及时处理 5 例,12 例术后发现再次手术,胆道损伤率为 0.3%。LC 胆管损伤的原因既有病理因素,也有人为因素。病理因素有:(1)胆囊颈部结石嵌顿、炎性水肿致 Calot 三角严重粘连,易引起肝(胆)总管损伤,本组 5 例属此原因。(2)胆囊慢性炎症萎缩,粘连致密,本组 1 例,致胆总管上段穿孔。(3)肝脏硬化萎缩-增大引起肝脏旋转,致肝门结构位置的变化,本组 2 例,右肝管误为胆囊管致右肝管横断。人为因素有:(1)过度牵拉胆囊,使胆(肝)总管弯曲成角,被误认为胆囊管而损伤,本组有 3 例。(2)思想上不重视,过于自信,一味追求手术速度,致胆总管上段横断,本组 1 例。因此为预防、减少 LC 的胆道损伤,我们体会:(1)思想上重视,任何轻视胆囊切除术的思想都可能损伤胆管。传统外科学在防止发生胆管损伤方面首先强调思想重视,强调胆囊切除术是危险性手术^[4]。(2)镜下辨认胆囊管与胆总管的关系,紧贴胆囊壶腹部解剖胆囊管,时刻提醒自己宁伤胆,勿伤管。(3)及时中转开腹。在解剖 Calot 三角非常困难时,或手术无明显进展,应及时中转开腹。能够在出现并发症被迫中转前主动中转开腹是一名腹腔镜外科医生成熟的标志^[5]。

胆漏是 LC 最常见的并发症之一。胆漏是指围绕计划性手术区域非肝外主胆管损伤后所致的胆汁漏,即胆囊管残端漏、副肝管或迷走胆管损伤漏、胆囊床毛细胆管渗漏等。本组胆囊管残端漏 2 例,迷走胆管损伤漏 1 例,胆囊床毛细胆管渗漏 2 例。术中未置腹腔引流,术后出现胆汁性腹膜炎而再次剖腹探查。因此,术中应注意:(1)保护完整的胆囊床是预防胆囊床毛细胆管漏的重要措施;(2)钛夹钳闭胆囊管必须安全、牢固、可靠,夹胆囊管时力度要适中;离断胆囊管时最好用剪刀剪断,若电凝离断胆囊管,会致胆囊管坏死,钛夹脱落。(3)解剖胆囊三角区必须紧靠胆囊壁钝性分离,不易分离的细小管道应置钛夹钳闭后再离断。(4)术中炎症较重、解剖不清、渗出较多的,或有疑问怀疑的,应果断置腹腔引流,以便术后观察。

本组术后胆总管结石残留 17 例,4 例经保守治疗后自行排出,另 13 例 LC 术后出现腹痛、阻塞性黄疸和胆管炎症状,经抗感染、解痉等治疗不缓解,行手术治疗。5 例行 ERCP + EST,8 例行开腹胆总管切开取石 + T 管引流术。胡旭光等^[6]报道 15 000 余例 LC 术后胆总管残留结石 28 例,残留率 0.18%,本组残留率 0.26%。发生原因是术前对胆管结石继发性胆总管结石漏诊及术中操作粗糙,将

细小的胆囊结石挤入胆总管,常发生于胆囊管直径粗大、胆囊结石细小的病例。因此完善术前检查、术中仔细操作可减少胆总管结石残留。

LC 术后出血多为胆囊动脉钛夹脱落出血,其次为胆囊床出血以及误伤肝脏、腹腔脏器等。术中及时发现和处理,一般术后不再出血。但术中未发现或处理不当,术后可再次出血,表现为急性失血甚至出现休克症状。本组术后再出血 2 例,1 例术后 4 h 出现血压下降,心率上升,休克前期表现,急诊剖腹探查证实胆囊床广泛渗血;另 1 例为术后腹腔引流有鲜红色血液引出,经积极保守治疗,引流量不见减少,术后第 2 天经腹探查为肝脏撕裂伤,经缝扎止血。本组无胆囊动脉钛夹脱落术后再出血的病例。为防止 LC 术后出血,我们认为要注意:(1)合并有肝硬化的患者,术前需纠正凝血障碍。本组 1 例合并肝硬化,术中胆囊床渗血经压迫止血,渗血减少,存在侥幸心理置引流,术后再出血,此教训深刻。(2)术中牵拉胆囊剥离时,动作轻柔,防止胆囊床撕裂;胆囊床有条索状组织时,上钛夹后再离断。(3)助手在顶起肝脏显露胆囊三角时,动作轻柔,否则撕裂肝脏,术中未发现,术后出现腹腔内出血。本组 1 例。(4)分离胆囊动脉时勿骨骼化,保留少许的脂肪结缔组织,可以防止钛夹脱落。本组采取此种方法,无术后胆囊动脉再出血病例。

本组遗漏腹腔内病变 3 例,为胃窦癌、壶腹部肿瘤和胰腺肿瘤各 1 例。1 例 LC 术后 1 周解黑便,行胃镜检查发现胃窦部一溃疡,病理为腺癌,后开腹行根治性胃大部切除;遗漏壶腹部肿瘤的患者,LC 术后 20 天出现黄疸,并渐进性加重,行 ERCP 检查发现壶腹部肿瘤,病理为腺癌,行 Child 临床治愈。另 1 例为胰腺头部肿瘤,行 LC 术后上腹部胀痛症状缓解不明显,4 周后出现黄疸,行上腹部 CT 检查发现胰腺头部肿块,剖腹探查,肿瘤无法切除,行胆道外引流术,LC 术后近 3 个月死亡。胃、胰腺等疾病的症状,起初无明显的特异性,往往被胆囊炎、胆囊结石的症状所掩盖。因此在行 LC 术前,应注意鉴别诊断,防止或较少遗留腹腔内的病变:(1)术前详细询问病史,体检时应尽量全面;(2)有慢性胃病史的患者,术前行胃镜检查,排除胃的病变,特别是胃肿瘤;(3)慢性非结石性胆囊炎的患者,在行 LC 之前,需全面的检查,特别是胃镜和上腹部 CT 甚至磁共振检查,排除胃、胆道和胰腺的疾患。尽管会增加医疗费用,但为减少术前漏诊是可取的。

[参 考 文 献]

[1] 侯春光,童启东.腹腔镜胆囊切除术胆道损伤的防治体会[J].

- 蚌埠医学院学报, 2010, 35(5):497-499.
- [2] 谭毓铨, 王贵民. 重视胆囊切除术所致胆管损伤[J]. 中华肝胆外科杂志, 2005, 11(3):150.
- [3] 郭红伟, 王玉莲. 腹腔镜胆囊切除术后并发症的防治体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2006, 11(5):425-426.
- [4] 黄志强, 黄小强. 肝胆胰外科聚焦[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005:196-199.

- [5] 王秋生. LC胆管损伤的发生与防范[J]. 中华消化外科杂志, 2008, 7(1):78-80.
- [6] 胡旭光, 郑成竹, 柯重伟, 等. 腹腔镜胆囊切除术后胆总管残留结石的转归[J]. 腹腔镜外科杂志, 2007, 12(2):155-156.

[文章编号] 1000-2200(2010)11-1138-02

· 临床医学 ·

乙酰肝素酶在舌鳞状细胞癌组织中的表达及其与肿瘤转移的关系

万宏坤¹, 于小华²

[摘要] 目的: 探讨乙酰肝素酶(Hpa)在舌鳞状细胞癌(舌鳞癌)组织中的表达及其与肿瘤淋巴结转移的关系。方法: 采用免疫组织化学方法检测49例舌鳞癌患者手术标本和10例正常对照组标本的Hpa表达情况。结果: 舌鳞癌组的Hpa表达水平明显高于正常对照组($P < 0.05$); 恶性度高的舌鳞癌组明显高于低度恶性舌鳞癌组($P < 0.05$); 有淋巴结转移的舌鳞癌组明显高于无转移舌鳞癌组($P < 0.05$)。结论: 舌鳞癌Hpa表达高于正常组织, 与肿瘤病理分级、临床分期及淋巴结转移呈明显相关关系。

[关键词] 舌肿瘤; 乙酰肝素酶; 淋巴结; 转移

[中国图书资料分类法分类号] R 739.86

[文献标识码] A

乙酰肝素酶(heparanase, Hpa)是一种 β -D-葡萄糖醛酸内切酶, 其通过裂解硫酸乙酰肝素蛋白聚糖(heparin sulphate proteoglycan, HSPG)促进恶性肿瘤的侵袭和转移。Hpa的表达与癌细胞的转移潜能有关^[1-2]。舌鳞状细胞癌(舌鳞癌)是最常见的口腔癌之一, 恶性程度较高, 生长速度快, 浸润性较强, 颈淋巴结转移率高^[3]。本研究采用免疫组织化学S-P法检测Hpa在舌鳞癌及正常对照组中的表达情况, 探讨Hpa的表达与舌鳞癌发生、发展、临床分期及淋巴结转移间的关系。

1 材料与方法

1.1 标本来源 舌鳞癌组: 选择我院1995~2009年舌鳞癌手术切除标本49例, 术前均未接受化疗及放疗。其中男28例, 女21例; 年龄32~78岁。TNM分期: T₁期13例, T₂期14例, T₃期12例, T₄期10例。病理分级: 低度恶性(鳞癌I级)30例, 高度恶性(鳞癌II、III级)19例。对照组: 来源于舌部非恶性肿瘤患者手术标本切源正常舌组织10例。标本均经镜下病理检查证实。

1.2 方法 采用S-P法, 切片常规脱蜡, 3% H₂O₂封闭, 0.01%柠檬酸盐缓冲液(pH 6.0)中微波修复20 min, 多克隆抗体按1:50稀释孵育, 4℃过夜, 显

色, 苏木精复染, 中性树胶封片。免疫组织化学结果判定: 光镜下观察免疫组织化学染色后的切片, 随机选择5个高倍视野, 每视野平均观察100个肿瘤细胞, Hpa的表达根据阳性肿瘤细胞[细胞质和(或)细胞膜出现棕黄色颗粒]比例确定, $\geq 10\%$ 为阳性, $< 10\%$ 为阴性^[4]。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 舌鳞癌组和正常对照组Hpa表达检测结果 49例舌鳞癌标本中31例检测阳性, 阳性率63.27%, 10例正常组织中Hpa检测均为阴性, 差异有统计学意义($\chi^2 = 10.91, P < 0.01$)。舌鳞癌组不同肿瘤分化程度、不同肿瘤分期Hpa检测结果差异均有统计学意义($P < 0.05$ 和 $P < 0.01$) (见表1, 2)。

表1 舌鳞癌组不同肿瘤分化程度Hpa检测结果比较(n)

分组	n	Hpa 检出例数	Hpa 阳性率(%)	χ^2	P
低度恶性组	30	15	50.00		
高度恶性组	19	16	84.21	5.86	<0.05
合计	49	31	63.27		

2.2 舌鳞癌组Hpa表达与淋巴结阳性的关系 49例舌鳞癌标本中有26例术后经病理证实颈部淋巴结阳性, 阳性率53.06%; 正常对照组中0例阳性。颈部淋巴结阳性者Hpa阳性率明显高于阴性者(P

[收稿日期] 2010-03-09

[作者单位] 江苏省如东县人民医院1. 口腔科, 2. 病理科, 226400

[作者简介] 万宏坤(1969-), 男, 硕士, 副主任医师。