

胆管结石二种内引流术后并发逆行感染比较

金锦春

(浙江省新昌县人民医院 新昌 312500)

关键词:胆管结石;内引流术;并发症;逆行感染

中图分类号:R 619.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0055-01

我们回顾性分析了 1993~2000 年,因胆管结石在本院行胆肠内引流 22 例,其术式有二种,分别为胆总管空肠 Roux-en-y 吻合(choledochojunostomy,CJ)及胆总管十二指肠吻合(choledochoduodenostomy,CD)。排除有残余肝内胆管结石可能引发的胆道感染 5 例,本组病例共 17 例,其中 CJ 11 例,CD 6 例,前者有 5 例术后并发逆行感染,后者未见感染发生。现报道如下:

1 临床资料

本组 17 例病人中,男性 10 例,女性 7 例;年龄 45~67 岁,平均年龄 55 岁。其中无 1 例是属胆道首次手术,属第二次手术者 2 例,第三次手术 13 例,第四次手术者 2 例。在手术中证实取尽结石后行 CJ 11 例(其胆肠吻合之肠袢在 45~60cm 间,平均在 50cm,胆肠吻合口直径 2.0~2.5cm),行 CD 6 例(为胆总管十二指肠后壁侧侧吻合,吻合口直径在 2.0cm 左右)。CJ 术后有 5 例并发逆行感染,发作时表现为寒战,高热,黄疸,每年发作 1~3 次,经中西医结合治疗仍有 1 例症状频发,3 年后,再次行空肠袢切除,胆道重建;另外 4 例,5 年后未再发胆道逆行感染。而 CD 6 例病人中,术后未发生胆道逆行感染。

2 讨论

胆管结石的发生与胆道感染密切相关,而胆道感染的致病菌几乎都来自胆道的 G⁻杆菌及厌氧菌^[1]。长期发作的胆管炎容易引发肝内外胆管结石、oddi 氏括约肌功能障碍和胆道下段良性狭窄。而反复多次的胆道手术,加上术中金属探条的强行扩张,有时胆道远端可通过 8# 探条,但术后胆汁流动力学仍有不同程度受到限制,导致胆汁淤积,结石复发^[2]。对于胆总管下段狭窄和 oddi 氏括约肌功能障碍的处理,胆肠内引流是解决的最好方法,因为避开了狭窄部位及 oddi 氏括约肌的作用,改善了胆汁流动力学,有效地防止了胆道结石的再发。

我们回顾性分析了 1993~2000 年间行胆肠内引流术 22

例,除外术后有肝内残余结石的 5 例。本组 17 例中,CD 6 例,CJ 11 例,在这个期间,早期我们主要采用的是 CD,最近几年多行 CJ,但结果却有 5 例 CJ 病人术后表现为反复发作的胆道逆行感染,而 CD 病人却未发生任何胆道逆行感染,一般人认为 CD 病人因胆总管十二指肠直接吻合,吻合口接近肠道,且无括约肌作用,其发生胆道感染的几率很大,而 CJ 因为较长的空肠袢,理论上发生胆道逆行感染的几率应该很小,从我们的临床资料中,却得出相反的结论。

那么是什么情况导致这种差异发生呢?在排除了 CD 和 CJ 两者吻合口大小等因素的影响外,其最大的特点是 CJ 改变了生理,用空肠袢代替了引流,而 CD 最大程度地符合生理状况;同时十二指肠和空肠上段的酸碱度改变,加上 CJ 术盲袢内缺乏酸性的胃液,导致了肠道细菌生长环境和数量的改变,空肠段的细菌在 CJ 术后一段时间内更易于移位,引发胆道感染。Pains 对 CD 和 CJ 进行了大宗病例对比研究,发现两者在远期疗效和逆行性胆道感染这方面没有明显差异^[3]。有人在 CD 病人实施其他腹部手术时,发现胆管壁很薄,并没有特殊性的胆管炎表现。同时由于 CD 术操作简便,符合生理,而 CJ 操作复杂,改变了生理,且 CJ 近期容易出现胆道逆行感染,而二者远期效果无明显差异,所以,我们有理由认为:CD 要优于 CJ。

参考文献

- [1]黄志强.现代腹部外科学[M].长沙:湖南出版社,1994.475~480
- [2]冯夏粤,王双义,贺永义,等.未被认识的胆总管远段先天性狭窄引起结石复发而需再次手术[J].肝胆外科杂志,1997 年 5 月会议专辑:72
- [3]Pains Y ,Fagniec PL ,Brisset D ,et al.Long term,results of choledochoduodenostomy versus choledochojunostomy for choledocholithiasis.The French Association for Surgical Research[J].Sury Genecd ohstet,1993,177:33~37

(收稿日期:2006-11-06)

体外冲击波治疗肾结石的肾脏损伤

吴书祥¹ 郑元回² 郑菊芬¹ 李希然¹

(1 浙江省苍南县中医院 苍南 325800;2 浙江省苍南县人民医院 苍南 325800)

关键词:肾结石;体外冲击波;肾脏损伤

中图分类号:R 692.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)03-0055-02

体外冲击波碎石术(ESWL)具有碎石成功率高、效果可靠、安全性好、副作用少等优点,已被广泛运用于临床,是一种有效的非手术治疗泌尿系结石方法。然而,我们在应用超声检查患者 ESWL 术后的排石情况时,发现少数患者术后有肾周积液、肾周血肿等肾脏损伤并发症。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 117 例患者,男 81 例,女 36 例;年龄 21~72 岁,平均 42 岁;肾结石直径 8~26mm,平均为 14mm;左肾结石 68 例,右肾结石 49 例。所有病例均经超声、X 线摄片或患者排出结石证实,ESWL 术前超声检查均无肾周积液

及腹腔积液。

1.2 检查方法 使用 GE Logiq 7 彩超诊断仪,宽频探头,频率 3~5MHz。采用俯卧、仰卧或侧卧位,多切面检查,检查中适当调整仪器聚焦、深度等条件。ESWL 术后 24h 内首次复查超声,了解术后肾脏及排石情况,进而以超声动态观察 1 周~5 个月。

1.3 ESWL 致肾损伤声像图特征

1.3.1 肾周积液 肾脏体积正常或稍增大,于肾周(包膜外或包膜下)可见带状、梭状宽窄不一的液性暗区,透声良好。

1.3.2 肾周血肿 肾脏包膜完整,肾实质与包膜间见大小不一液性低回声区,边界尚清,内部回声均质,血液凝固后呈低回声团块。CDFI 示损伤区肾实质内无血流信号或仅见局限性点状、短棒状血流信号。

2 结果

术后 117 例患者超声检查,治疗侧 12 例并发肾周积液,4 例并发肾周血肿;健侧均未见肾周积液及肾周血肿形成。肾周积液部位不一,宽度 3~11mm,呈带状、梭形或镰状。肾周血肿大小为 18mm× 31mm~26mm× 43mm。

3 讨论

人和动物实验均表明,体外冲击波确能造成肾实质发生类似机械性的肾外伤变化^[1],其损伤主要表现为:(1)肾脏组织形态学改变,表现为血肿、积液、肾脏体积增大,皮髓质交界处模糊不清或消失以及肾周脂肪层不均质纤维化和间质瘢痕化;(2)肾脏功能的改变,主要指 ESWL 术后出现的各项血尿生化及酶学指标的改变^[2]。患者 ESWL 术后主要表现为肾区隐痛或剧痛,同时伴有肉眼血尿或镜下血尿,部分患者还可表现为向同侧下腹部及会阴部放射性疼痛,体检表现为明显的肾区叩痛。临床上一一般都将其考虑为 ESWL 治疗后细小结石嵌顿于输尿管引起的排石性疼痛,较少考虑为肾脏损伤,故易造成误诊。本组患者行 ESWL 术后,有血尿者 106 例(占 90.6%),镜下血尿可持续多天,有的持续到结石排净为止,但血尿与肾脏损伤的程度并不成正比,而与受伤部位密切相关。有血尿者应考虑肾周血肿可能,本组病例经碎石后有肾周血肿 4 例(占 3.4%)。据文献报道,RI 值变化与血管壁

弹性、血管直径改变密切相关,可作为判定肾脏局部血管损伤程度的客观指标,并且有高血压及出血性疾病患者,术后肾周血肿发生率为血压正常者的 4~5 倍^[3]。本组病例与文献报道基本相符,ESWL 术后患侧比健侧肾内叶间动脉 RI 值升高 0.044~0.143。肾周血肿一般无需特殊处理,但应注意休息,不要剧烈活动,经观察在 3 周~5 个月内自行吸收。

肾周积液为肾实质周围组织间隙内液体滞留,解剖位置分为肾包膜与肾周筋膜间隙和肾包膜与肾实质间隙积液,根据超声声像图特征可将其分为肾包膜外和肾包膜下积液。ESWL 致肾周积液的发生机制尚不十分清楚,形成因素主要为肾结石患者在碎石过程中结石被冲入肾盂处,肾盂内压力短时间内急剧升高,从而加重肾脏组织的损伤程度^[4]。本组病例有肾周积液 12 例(占 10.2%),其中 2 例行经皮肾周积液穿刺抽吸少量澄清液体,送镜检均未见红细胞,排除肾周血肿可能。肾周积液部位不一,位置与 ESWL 术前肾结石的部位有关,即肾窦上极结石肾周积液位于肾上极,肾窦下极结石肾周积液多位于肾下极,而输尿管结石引起的肾周积液无此对应表现,本组病例位于肾上极 2 例、肾中极 4 例、肾下极 6 例,以中下极为主。肾周积液预后良好,经术后动态观察,于术后 2~12d 天肾周积液消失。

虽然 CT 能对肾损伤的程度和范围及肾段动脉供血区缺血情况进行诊断,但 CT 不如超声检查方便、迅速,且价格昂贵。随着超声仪器分辨力的提高和 CDFI 的应用,超声检查能较准确地诊断肾周积液、肾周血肿等肾损伤并发症,敏感性高,并可对肾脏损伤的程度及范围进行动态追踪观察,为更加安全应用 ESWL 和诊治其并发症具有实际临床应用价值。

参考文献

[1]吴阶平.泌尿外科[M].北京:人民卫生出版社,1998.637
[2]陈承志,周志耀.ESWL 的不良反应及其防范措施[J].临床泌尿外科杂志,1999,14(6):268
[3]吴长利,张志宏,孙光,等.不同年龄组 ESWL 前后肾内小血管阻力指数变化及意义[J].黑龙江医药科学,2006,29(1):34~35
[4]孙颖浩,王芝芳,王林辉.钬激光治疗泌尿系结石(附 55 例报告)[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(11):691~692

(收稿日期:2006-09-18)

注:经卡方检验, P<0.01, 2 组对比有显著差异性。

3 讨论

妊娠末期产妇会阴和阴道变软变厚, 结缔组织变软变松, 皮肤肌肉弹性明显增强^[1]。阴道扩张法可使会阴皮肤、肌肉的弹性得到最大程度地伸展, 使出口增大; 胎头着冠后改用托肛法, 可让胎头缓慢娩出。单用托肛法保护会阴, 是向上、向内用力, 会阴皮肤、肌肉的弹性没有得到伸展, 再者会阴部按压时间过长, 使局部组织缺血、水肿, 易导致会阴撕裂, 且撕裂不易愈合。扩张阴道法与托肛法相结合保护会阴, 不用任何器械, 不会给产妇带来痛苦, 没有副反应。通过临床实践, 我们认为此方法优于传统的单用托肛法保护会阴, 在临床上值得推广。

参考文献

[1]郑怀美.妇产科学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,1994.78

(收稿日期:2006-07-15)

表 1 2 种方法保护会阴结果 例(%)

组别	n	会阴完整	I 度裂伤	侧切
实验组	200	80(40)	70(35)	50(25)
对照组	200	60(30)	80(40)	60(30)

2 结果

2 种方法保护会阴的结果,见表 1。

1.3 统计学处理方法 采用 χ^2 检验。