

察脾脏10~15分钟, 确认不再出血时方可关腹。我们常规放置腹腔内橡皮管一条, 于术后第二天拔除。

6. 对脾脏严重损伤或伴有脾蒂血管损伤、病情危重者, 应当机立断采取脾切除术, 以抢救患者生命。

主要参考文献

1. Rinardson, J. D. Ann Surg 176: 213 1972
2. Champault, G. J. Chir (Paris) 281: 287 1981
3. 刘国礼 国外医学外科分册(2) 85 1980
4. 第二军医大学局部解剖教研组等中华外科杂志16(6) 375 1978
5. King, H. et al Ann Surg 136: 139 1952

胆总管十二指肠吻合术治疗胆石症84例

省人民医院 张冠增 宫东尧 曲仁和 马汝镇
吴太璜 穆庆岭 姜言明
济宁地区人民医院 徐盛亭
济宁医专 张静霞

1961~1982年我们应用胆总管十二指肠吻合术治疗胆石症84例, 经近远期随访, 疗效较满意。

临床资料

本组年龄9~71岁, 病程1个月~20年。主要症状和体征为发烧发冷(54例)、腹痛(56例)、黄疸(26例)、厌油食和胃纳不佳(66例)、肝大(18例)、胆囊肿大(21)例、右上腹压痛反跳痛(51例)。查尿胆素阳性11例, 黄疸指数高于正常26例(最高100单位), 凡登白氏试验直接反应阳性15例, 双相反应阳性9例, 间接反应阳性3例, 谷丙转氨酶高于正常8例, 硫酸锌浊度试验高于正常12例。十二指肠引流查到白细胞、脓细胞和细菌培养阳性19例。胃肠钡透显示十二指肠受压7例。超声波示胆总管结石20例, 肝内胆管结石7例。胆囊区摄片未发现异常。手术见肝内泥沙样结石63例, 胆总管多发性结石32例, 胆总管下端结石12例, 胆囊结石26例。本组病例均合并有胆囊炎症。术后切口感染6例, 切口裂开2例, 死于胆瘘1例, 余均痊愈出院。术后胃肠钡透复查38例中, 立位有返流者30例, 卧位及俯卧位有返流者37例, 仅1例无返流现象。随访1~19年无一例死亡, 有6例复发, 其中1例每年发作1~2次。

讨论

一、适应症: 目前国内外对胆总管十二

指肠吻合术治疗胆石症尚有争议, 有的学者推崇该术, 有的学者提出反对意见, 也有的学者认为各种术式应根据病情酌情选用。我们通过临床实践认为, 下列情况可列入适应症: (1) 胆色素泥沙样结石者; (2) 肝内胆管结石有复发, 对结石是否取尽有怀疑者; (3) 胆总管结石并胆总管下端狭窄者; (4) 壶腹部结石嵌顿者; (5) 胆结石合并慢性胆管炎致胆总管下端不全梗阻者。

二、关于手术方法与改进: 本组采用两种手术方法。

1. 侧侧吻合法: 该术是普外科经常采用的方法, 但手术应注意以下几点: (1) 在距十二指肠上缘0.5厘米处切开胆总管与十二指肠球部上缘, 并作等大口径(2.5厘米)吻合, 这样可减少吻合口张力和缩短废置的胆总管末端; (2) 胆总管直径在2厘米以内者可作纵形切口, 在间断缝合时, 应使胆总管上切口的两侧中点恰与十二指肠壁上切口的两端对齐。胆总管直径超过2.5厘米者, 则可作横行切口间断缝合; (3) 切口吻合时应粘膜对粘膜, 用后壁一层、前壁两层缝合法; (4) 在肝下近吻合口处置烟卷引流物一条, 必要时用负压引流管, 从腹壁另戳口引出。

2. 胆总管十二指肠后壁吻合法(即改进法): 为了更好地消除盲祥和预防发生盲祥综

合征，我们对部分病例采用了改良的胆总管十二指肠后壁吻合法，其操作方法是先游离十二指肠后壁横径三分之二，将十二指肠翻转，暴露胆总管下端，紧贴十二指肠与胆总管交界处切开胆总管2.5厘米以上，再将十二指肠后壁剪开与胆总管的等长切口作间断一层吻合，最后将十二指肠放回原处，间断缝合腹膜。此法优点是：（1）缩短了胆总管盲袢，从而也减少了上行感染的机会；（2）不改变胆总管与十二指肠原来解剖位置，减少了吻合口的张力；（3）由于吻合口覆盖在腹膜后，故吻合口前后壁只需吻合一层，术后不易形成吻合口狭窄；（4）本法吻合在腹膜后，再次手术进路容易；（5）不需作T形管引流，可以避免T形管引流引起的并发症。

三、手术原则：（1）细致探查胆管，尽量取净结石；（2）胆总管切口尽量靠近胆总管开口处；（3）吻合口要大于2.5厘米；

（4）同时切除胆囊。

四、关于逆行感染问题：有的认为该术致使胆总管失去奥狄氏括约肌功能，难免发生逆行感染；有的经观察提出十二指肠内容物确能从吻合口进入胆管（但不易进入较细的胆管），逆行感染的机会不大；也有的认为逆行感染不是十二指肠内容物逆流的结果，而是由于胆道重新狭窄所致，当细菌侵入后，引流不畅即可发生感染。我们根据对病人的术后随访观察和钡餐检查结果认为，该术术后虽存在返流现象，但当改变体位时，大部分钡剂可立即排出胆道，无钡剂滞留现象。经临床观察，该术术后确实有食糜逆流入胆道，但食糜能迅速从胆道排出，只有在吻合口狭窄的情况下，才出现食糜逆流入胆道难于排出的现象，此时病人可有不同程度的临床症状。因此我们认为，严格手术适应症，吻合口达到2.5厘米，加上手术方法的改进，就可大大减少逆行感染的发生。



鼓舞与建议

读贵刊1982年第11期向克厅长关于“再接再厉把《山东医药》办好”的文章及第12期编辑部“避免程式文章，提高论文质量”的评论，深受教育和鼓舞。它将对广大作者、读者产生深刻的影响，成为办好《山东医药》的动力。

向克厅长的文章言简意深，进一步明确办刊方向要“面向基层”。他强调对稿件的选择不管来自何人，出自哪级医院，都应择优选登。这种“不拘一格”的选稿颇得人心。这样做能发现和培养人才，有利于四化建设。

文章殷切希望编辑同志成为通文理、懂政策、不为名、不为利的编辑专家。是的，一篇好的作品，往往要经过编辑的再三修改和加工。一篇论文的发表，不仅是作者的劳

动，而且有编辑的汗水浇灌。可是只知作者是谁，却不见编辑姓名。这种不为名、不为利，甘为他人做嫁衣裳的高尚品质，是值得我们尊敬和学习的。千里马遇不上伯乐，只有“伏枥待老”；千里马可贵，伯乐更可贵。具备伯乐之才的编辑，更令人敬佩！因此，我建议有关领导研究制定一项“编辑工作奖励条例”，其中应包括发现和推荐优秀作品这重要的一条，以资鼓励。

学习编辑部“评论”后，受益非浅。“评论”将对提高作者写作水平产生良效。只有“删繁就简”，抓住重点，才能写出好文章。在“立足于改革”的1983年，贵刊“评论”得很及时，它将对提高论文质量起到积极的指导作用，值得我们学习和借鉴。

青岛医学院 蔡化理