

中华医学会宝鸡分会
第二届外科学术交流会

论文汇编

LUNWEN HUIBIAN



1985年6月18日

陕西省宝鸡市医药卫生情报站
陕西省宝鸡市科技情报研究所

1985



目 录

普 通 外 科

肝、胆、脾、胰部份

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 胆道手术200例临床分析..... | 吴大鹏等 (1) |
| 胆结石44例临床分析..... | 张金堂等 (4) |
| 胆道结石及感染的再次手术..... | 吴 伟 (6) |
| 胆囊管部份梗阻综合症..... | 何瑞龙等 (9) |
| 78例胆囊切除后腹痛原因分析及处理..... | 万宝璠等 (11) |
| 胆道手术的损伤..... | 张治华等 (14) |
| 创伤性胆道大出血治疗探讨..... | 周克仪 (16) |
| 胃切除术后并发胆道结石原因分析..... | 徐西泰等 (17) |
| 针刺导致胆囊穿孔合并胆汁性腹膜炎..... | 吴大鹏等 (19) |
| 胆囊癌31例报告..... | 汤正岐等 (21) |
| 俄狄氏括约肌成形术治疗乳头部狭窄症..... | 贺志新等 (23) |
| 外伤性脾破裂修补术——附四例报告..... | 张志华等 (25) |
| 胰岛细胞瘤一例报告..... | 王克明 (27) |
| 胰12指肠切除治疗胰头癌的体会..... | 荀百锁 (29) |
| 胃血管制脱术治疗门静脉高压引起上消化道出血——附一例报告..... | 张治华 (31) |

胃、肠及其他部份

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| 胃大部切除术几种并发症的分析及处理..... | 张效千 (33) |
| 小肠倒置术在广泛小肠切除术中的应用..... | 杨兴善 (36) |
| 局限性肠炎——附二例报告..... | 何瑞龙等 (38) |
| 腹部脏器损伤31例分析..... | 王少成等 (40) |
| 对老年外科急症处理中几个问题的探讨——附52例报告..... | 钟耀杰等 (42) |
| 兰尾残株炎二例报告..... | 任兴厚等 (46) |
| 急腹症误诊120例临床分析..... | 黄振杰 (48) |
| 手术治疗急性兰尾炎有关方面的讨论——附411例分析..... | 吴向东 (50) |
| 桥本氏甲状腺炎的诊断和治疗..... | 高华熙等 (52) |
| 保护真皮血管网皮肤游离移植术一例..... | 张建华等 (54) |
| 误吞金属异物五例报告..... | 吴大鹏等 (55) |
| 胃癌综述..... | 鲁双元 (56) |

胸 部 外 科

| | |
|--------------------|----------|
| 二尖瓣狭窄外科治疗九例报告..... | 朱西恩 (60) |
|--------------------|----------|

1985年6月18日

| | |
|-------------------|-----------|
| 后上纵膈海绵状血管瘤一例..... | 吴大鹏等 (65) |
| 胸骨后甲状腺畸胎瘤一例..... | 鲁双元 (66) |

泌 尿 外 科

| | |
|--------------------------|-----------|
| 医源性输尿管损伤——附二例报告..... | 许春荣 (66) |
| 精索扭转二例..... | 刘阳森 (69) |
| 急性肾功能衰竭的血液透析疗法..... | 张山夫等 (70) |
| 不阻断肾带血管的肾部份切除术 (摘要)..... | 张山夫等 (72) |
| 前臂体外动静脉瘘在血液透析中的应用..... | 贺志新等 (72) |
| 肾紫癜病 (文献复习)..... | 张山夫 (73) |
| 幼儿睾丸胚胎癌一例报告..... | 刘锦林 (75) |

顛 腦 外 科

| | |
|--|-----------|
| 148例急性特重型、重型颅脑损伤并发急性血肿或硬脑膜下积液临床分析..... | 刘洪安等 (76) |
| 大网膜脑表面移植治疗缺血性脑血管病..... | 刘洪安等 (79) |
| 脑立体定位向手术治疗难治性癫痫24例临床分析..... | 李栓德等 (81) |
| 颅外——颅内动脉吻合术治疗闭塞性脑血管病33例次临床分析..... | 李栓德等 (84) |

麻 醉

| | |
|--------------------------|-----------|
| 32例创伤失血性休克病人手术的麻醉体会..... | 樊国仁等 (87) |
| 氯胺酮麻醉引起呼吸停止一例报告..... | 张 珍等 (89) |

手 术 改 进

| | |
|------------------------------|----------|
| 兰尾手术直切口“三角形”定位法..... | 梁茂义 (90) |
| 兰尾切除术式改进..... | 于登云 (90) |
| 直肠脱垂以腹直肌前鞘代替阔筋膜经腹做直肠悬吊术..... | 张寿卿 (90) |
| 精索静脉曲张手术的改进..... | 丁发营 (91) |

骨 科 部 分

| | |
|-------------------------------|--|
| 股骨干骨折合并同侧髋关节脱位..... | 王恭珏 顾友文 (92) |
| 髋关节脱位合并同侧股骨干骨折..... | 罗洪儒 (94) |
| 髋关节中心型脱位新的牵引方法..... | 王学武 (96) |
| 应用腓肠肌外侧头动力修补后交叉韧带..... | 罗洪儒 (97) |
| 外伤性脊椎损伤及其合并症..... | 方甘生 (98) |
| 股骨干骨折髓内针固定后预防关节屈曲功能障碍的措施..... | 贺志明 (101) |
| 四肢开放性骨折处理体会..... | 茹宗海 (102) |
| 四肢筋膜间隔区综合征的治疗体会 (附14例报告)..... | 牛玉典 叶振隆 (104) |

股骨干骨折V型髓内针固定术后V形针髓内弯曲的处理 (附12例报告)

.....赵建中(102)

膝关节闭合骨折并小腿白运障碍的早期处理.....李炳义(108)

带旋髂深动静脉髂骨游离移植的体会.....杨培淮(110)

四肢动脉急性损伤21例治疗体会.....牛玉典 张 维(111)

八个断指再植的体会.....杨培淮等(113)

小动脉吻合术动物实验报告.....张维 牛玉典(114)

椎弓峡部骨折的误诊分析.....于登云(116)

习惯性髌骨脱位的手术治疗.....牛其仁(117)

抗菌素溶液灌注冲洗疗法综合治疗骨关节慢性化脓性感染.....李炳义 祁睿博(120)

泛发性骨化性肌炎 2 例报告.....叶振隆等(121)

硅橡胶制品在手外科的应用.....叶振隆等(123)

采用小切口作小儿跟腱延长术.....焦天玺(126)

双膝关节滑膜骨软骨瘤 1 例报告.....祁睿博(126)

肘关节腔剥脱性骨软骨小体征 1 例报告.....茹宗海(127)

膝关节半月板骨化 1 例报告.....赵建中(128)

陈旧性肩关节脱位手法整复 1 例报告.....范仲熙(129)

本组46岁以上者共70例，并发现结石者占28例，其中男28例，女性12例，男：女=2.33：1。

发病年龄，最早半年，最长31年。临床症状表现，右上腹疼痛84例，高热31例，寒战31例，呕吐91例，食欲不振111例，黄疸22例，右上腹肿块101例，尿胆红素阳性101例，尿胆原阳性99例，尿胆素46例。其中胆总管结石37例(占36.6%)，胆囊结石21例(占20.6%)，胆囊炎不显著者24例，未作统计。有结石，其中3例为胆总管结石。

肝功能检查，本组166例未作该项检查，106例作肝功检查，术后1个月复查，35例术后一月内恢复正常。如下表。

| SGPT(U/L) | 100-200 | 200-300 | 300-400 | 总数 |
|-----------|---------|---------|---------|-----|
| 术前例数 | 32 | 26 | 48 | 106 |
| 术后一月例数 | 56 | 13 | 3 | 72 |
| 术后一月例数 | 4 | 1 | 1 | 12 |

结石类型，本组发生结石101例，其中胆总管结石80例，22例为胆总管合并胆囊结石，有2例胆总管结石含有胆总管结石。术中见胆管外管尚正常，胆管狭窄少见，仍行胆管探查送病检。本组未作胆管内结石。结石分布如下：

| | 混合性结石 | 胆总管结石 | 胆囊结石 |
|--------|-------|-------|------|
| 胆总管 | 103 | 2 | 7 |
| 胆囊 | 10 | — | — |
| 胆管+胆总管 | 18 | 2 | — |
| 胆囊+胆管 | — | — | — |

112例病理诊断与结石关系如下表：

| 病理 | 胆总管结石 | 胆囊结石 | 胆管+胆总管 | 胆囊+胆管 |
|-------|-------|------|--------|-------|
| 慢性胆囊炎 | 15 | 0 | 64 | 0 |
| 慢性胆管炎 | 0 | 0 | 83 | 0 |

本组46例术中未见结石，术后出现胆管炎症状，病理表现为胆管炎与胆囊炎同时存在。术后1个月复查29例，结石及胆管狭窄。



普通外科

肝、胆、胰、脾部分；

胆道手术200例临床分析

宝鸡市中医医院外科 吴大鹏 张治华 何瑞龙

胆囊炎和胆石症是外科常见病，因发病地区相异，临床的特点也不尽相同。本文报告我院及邻近两县近年来胆道手术200例，着重对本地区发病特点和有关问题进行讨论。

一般资料

年龄与性别：本组年龄最小14岁，最大68岁；男性44例，女性156例男：女=1：3.4，其中40岁以上者约占70%。并发结石者约占79%，其中男性31例，女性121例，男：女=1：3.9。

发病年限：最短半年、最长21年。

主要临床表现：右上腹绞痛164例，隐痛31例，放射右肩115例，发热44例，厌油98例，恶心107例，呕吐91例，食欲减退113例，黄疸史42例，右上腹肿块101例，休克6例。

特殊检查：胆囊造影99例（口服法86例），其中显影良好者37例（16例有结石阴影，21例排空功能迟缓），重复检查不显影者44例，术中均证实有结石，其中9例为胆囊癌。

肝功检查：本组146例术前行该项检查，106例SGPT增高，术后则明显下降，94例术后一月内恢复正常。如下表：

| SGPT(11.) | 100~200 | 200~300 | 300以上 | 总计 |
|-----------|---------|---------|-------|-----|
| 术前例数 | 32 | 25 | 49 | 106 |
| 术后半月例数 | 56 | 18 | 5 | 79 |
| 术后一月例数 | 8 | 4 | — | 12 |

心电图检查：本组仅有49例术前作该项检查，其中21例心电图呈现窦性心律不齐、不完全性右束枝传导阻滞、左室高电压、Q—T延长、S—T段低平等。术后半月复查，15例上述变化消失，约占71.8%。

血浆胆固醇测定：本组有74例作该项检查，其中，230mg%以下者54例，230mg%以上者25例，术后有52例复查，变动不大。

结石类型：本组发生结石151例，其中胆总管结石39例，22例为胆总管合并胆囊结石，有3例胆总管结石含有蛔虫遗体。7例术中见胆囊外观尚正常，但为慎重起见，仍行胆囊摘除送病检。本组未见肝管内结石。结石分布如下：

| | 混合性结石 | 胆固醇结石 | 色素结石 |
|--------|-------|-------|------|
| 胆囊 | 103 | 2 | 7 |
| 胆总管 | 10 | — | 7 |
| 胆囊+胆总管 | 18 | 2 | 2 |
| 肝内胆管 | — | — | — |

112例病理诊断与结石关系如下表：

| | 急性胆囊炎 | 坏疽性胆囊炎 | 慢性胆囊炎 | 胆囊癌 |
|--------|-------|--------|-------|-----|
| 发病例数 | 13 | 6 | 84 | 9 |
| 术中见结石者 | 9 | 6 | 53 | 9 |

本组48例术中未见结石，临床出现胆绞痛症状。病理表现为胆囊颈与胆囊管因炎症纤维化致狭窄29例，粘连致胆囊扭曲16例，

胆囊周围淋巴结肿大压迫胆囊管3例。

手术方式：本组行单纯胆囊摘除术125例，胆囊摘除胆总管探查T管引流术54例，仅行胆总管探查T管引流7例，胆总管十二指肠侧侧吻合术5例，胆囊造瘘术2例，仅行剖腹探查并取活检7例。

并发症：术前有梗阻性黄疸25例，胆囊癌9例，胆汁性肝硬化3例，肝癌4例，胰头癌1例，慢性胰腺炎5例，胆囊穿孔并胆汁性腹膜炎6例，胆囊积脓6例，急性化脓性胆管炎9例，感染性休克3例；术后发生胆道出血1例。死亡4例，均为胆囊癌或合并有肝癌晚期转移之老年患者。

讨 论

一、发病特点：

1. 本组发病年龄均为成人，并发结石者则占78%，40—50岁为高峰期。其中女性例数为男性的3.9倍。此比西安报道（女：男=2：1）增高。美国报道则高达4倍，且有 $\frac{2}{3}$ 是孕妇（国内对比也有类似报道），本组未见这一规律。但由此可见，在胆石症的发病上的确存在着性别差异。

2. 本组急性和慢性胆囊炎病例中并发胆石症者分别为79%和63%。John报告均为90%以上，发病率比本组高。

3. 本组结石类型以混合性结石为主，约占85%，与刘绍诰等近年报告相近。胆囊结石常为数枚至数百枚，仅16例为一枚。此同以往有关陕西关中地区多见单个胆囊结石的观点略有出入。

二、结石的成因：

本组大多数胆管结石均伴有胆囊结石及胆囊明显炎症，但未见因胆管结石复发而再次手术者。行胆总管探查中见胆囊与胆管结石并存22例，其结石类型基本相同。故此我们认为，本组胆管结石主要来自胆囊，属继发性胆管结石。

另外，本组血浆胆固醇偏高者25例，占

所查病例的33.8%。临床上，我们常见许多因其他腹部外科情况而行手术的病例，血浆胆固醇明显增高，却并无胆结石存在。国外也有报道，坚持低胆固醇饮食并未能降低胆结石发生率。可见高胆固醇饮食习惯未必是胆结石形成的决定因素。

经病理证实，本组几乎所有胆结石的存在都合并有胆囊的炎症。有3例胆管结石含有蛔虫遗体；74例有多次胃肠道感染史。我们认为，在结石发病机制上，本组病例可能与胆道感染直接上行、感染经血行入肝排泄入胆汁或淋巴组织传送等因素有关。本组还证实胆囊结实往往堆积于漏斗部或单个嵌顿于颈部，使得胆汁流动阻力增加，从而出现胆汁淤积。周而复始，结石则逐渐增大或增多。不过，我们也注意到，确有部分胆囊结石病例合并有胆囊管狭窄或扭曲，胆囊病检为腺肌增生等。故胆囊的功能和结构异常在胆结石形成过程中的作用也不应忽视。

本组病例均久居本地，无疑，结石的成因与本地所处关中西部的气候、环境和生活习惯等肯定有密切关系。李开宗等曾分析过陕西关中地区胆道疾患发病特点，强调（1）关中平原群众嗜好富含油脂食物，故发生胆固醇结石居多；（2）该地区处亚寒带或寒带，干燥少雨，农田多用底肥，农村饮水多用井水，等等，故肠道寄生虫感染不及南方严重，胆蛔、胆道感染自然比南方低。因此，以胆囊结石和继发性胆管结石发病率为高。上述观点是否适用于宝鸡地区发病特点，尚需我们积累病例，继续探讨。

三、血清转氨酶与胆道疾病的关系：

SGPT的活性测定值作为肝细胞损害的敏感指标，其增高往往提示肝功不良，多见于病毒性肝炎或梗阻性黄疸等，此早已为临床所熟知。本组有74例SGPT增高，（其中33例高达300 μ 以上）。除4例为梗阻性黄疸外，其余70例均有胆结石，黄疸指数小于8。多数于术后SGPT迅速下降，63例于术后一月随访复查，完全恢复正常。这种血清

转氨酶的暂时性增高，究其原因，可能与下列因素有关：（1）长期胆道疾患导致营养吸收障碍；（2）反复炎症刺激引起胆管粘膜充血水肿，出现其收集区胆汁不同程度淤积；（3）剧烈腹痛反射引起肝脏血管平滑肌痉挛，使其供应区肝细胞一过性缺血；

（4）炎症直接波及部分肝细胞，等等。由此导致部分肝细胞不同程度的损害。但是，这种损害范围毕竟有限，不似病毒性肝炎损害之弥散。因而在病灶清除后，上述诸因素则不复存在。此时机能正常的肝细胞群代偿，肝功则迅速恢复。Leon也报告过这一临床现象，认为由于胆道系统阻塞或坏疽性胆囊炎并发SGPT暂时性增高，其预后往往乐观。我们认为，临床遇见单项SGPT增高之患者，需结合其症状与体征，认真检查，随时考虑排除胆道疾患，以免造成误诊。

四、胆囊炎与心脏的关系：

本组术前行心电图检查的病例中，心电图变化者约占受检例数的39%。这些患者术前多数有不同程度的心前区不适或胸痛等症状。术后短期内复查心电图，约 $\frac{1}{3}$ 的病例变化消失。对于长期患胆囊炎的病人常伴有心电图异常，近年来已越发受到临床的重视。这种现象被称为“胆一心综合症”。Babcock于本世纪初提出了一个错误的观点，认为胆囊病会导致器质性心脏病。目前，普遍认为胆一心综合症是胆道压力增高出现疼痛，通过迷走反射影响冠状动脉使收缩，血流量减少。如此可诱发早搏、阵发房速、房室传导阻滞等心律失常，偶可有T波低平等。切断迷走神经和使用阿托品可消除这种作用。此外，诸如Виноградов认为，胆道和胰腺的炎症，其毒素可经血行引起心肌代谢的失调。并指出，胆道外科手术能使多数病人消除胆囊炎合并心脏的各种病理变化。文献报

道术后心绞痛90%消失，心律不齐78%消失，心电图变化在术后3~4个月87%完全恢复正常。本组资料也证实这一点。因症状相似，有时易将慢性胆囊炎误诊为冠心病，应引起我们的注意。此种变化可出现于原患冠心病者，故不能肯定这种变化与胆囊疾患

五、胆囊管部分阻塞症：

孟承伟等报告本病25例，其临床表现与结石性胆囊炎相似。主要为右上腹或中上腹部突发绞痛，持续时间短，可向右肩背放射。进食油腻食物或劳累易诱发。肝功和白细胞计数一般正常。很少阳性体征，仅在右上腹部有轻度压痛。应用口服胆囊造影36小时再摄片法胆囊仍有显影则可确诊。均行胆囊摘除术。术中见病变主要局限于胆囊颈和胆囊管，胆囊管细长。本组48例无结石胆囊炎，症状体征和术中所见均与上同，多数胆囊管内径仅1毫米，胆囊不易排空，术后随访症状均消失。故都诊断为本病。在此不赘述。

六、胆囊炎胆石症与胆囊癌的关系：

胆囊炎胆石症与胆囊癌的关系密切已毋庸置疑。金庆丰指出胆囊癌并有结石者占65~95%，预后恶劣，五年生存率不到5%。Kenneth报告经尸解和手术证实两者共存者占90%，50岁以上者占多数。梁树芳等曾报道三例胆囊癌，均有大肠杆菌感染，因而早期病例中症状体征与胆囊炎颇难鉴别。本组9例胆囊癌均发现有结石，且都是60岁以上老年人。除两例术后不到一年尚待随访者外，其余7例均死亡。目前，多数观点认为，慢性胆囊炎胆石症是导致胆囊癌的主要因素，主张对40岁以上患者宜尽早行胆囊摘除术，以防止胆囊癌的发生。我们对此不持异议。



胆结石44例临床分析

宝鸡县医院外科

张金堂 石昌永 樊仲熙

我院从79年1月到82年8月,对44例胆囊或胆总管结石病人施行手术治疗,现报告如下:

临床资料

一、性别:男性4例、女性40例,男:女=1:10,女性发病较其它资料高五倍。

二、年龄:20—30岁6例,31岁—40岁8例,41—50岁14例,51—60岁10例,60岁以上6例。

三、职业:农民38例、干部、家属各2例,医务人员、工人各一例。

四、病史:2—5年13例,6—10年8例,11—20年13例,病史不详10例。

五、临床表现:(见表)。

临床表现

| 症状与体征 | 例数 | 百分数 | 症状与体征 | 例数 | 百分数 |
|-------|----|-----|--------|----|-----|
| 恶 心 | 38 | 86 | 向肩部放射 | 18 | 40 |
| 呕 吐 | 35 | 79 | 向腰部放射 | 3 | 6 |
| 发 烧 | 9 | 20 | 右上腹压痛 | 44 | 100 |
| 右上腹痛 | 44 | 100 | 莫非氏征阳性 | 20 | 45 |
| 黄 疸 | 11 | 25 | 右上腹肌紧张 | 17 | 38 |
| 包 块 | 19 | 43 | | | |

六、结石之分布: 结石分布在胆囊27例,胆总管6例,二者兼有者11例。

七、治疗: 胆囊切除42例,胆总管引流23例,俄狄氏括约肌切开取石1例,胆囊造瘘1例,常规使用青、链霉素,重症者静脉滴注抗菌素。适量的输液,纠正酸中毒,有

黄疸者肌注维生素K。

讨 论

一、发病机理:

胆固醇不溶于水、胆汁中的胆盐与卵磷脂组成稳定的胶态离子。胶态离子的中心可溶解胆固醇,使其保持在溶液状态不被沉淀,若胆固醇增加,胆盐减少,则胆固醇析出形成结石。正常胆囊胆汁中二者之比例为1:20—1:30,若低于1:13,胆固醇便可析出。

一般教科书记载,胆结石病人男女之比为1:2左右,本组44例病人男女之比为1:10,女性发病率较其它地区高。在宝鸡县胆结石以40岁以上、有过多次妊娠的妇女较为多见。其发病机制与妊娠胎次有一定关系。本组病人妊娠多在二胎以上,最多十三胎。妊娠期胆固醇血液浓度升高、胆汁排空缓慢,胆囊内胆汁潴留浓缩。据Potter观察,妊娠末期胆囊明显胀大,不易排空。在分娩以后血液和胆汁中的胆固醇均有增高。由于胆汁在胆囊中停留时间较长,胆盐被吸收,胆固醇含量增高,二者比例降低,胆囊中的胆汁非常稠密,致使胆固醇沉淀,析出结晶,形成结石,故多见于妊娠妇女。

二、结石的类型及分布:

本组一例原发性肝胆管结石为胆色素结石呈泥沙样,其余多为以胆固醇为主的混合结石。其形状有三棱形、卵圆形、米粒形等。多为灰白色和深褐色。三棱形一般大如玉米或小指头、呈白色或淡黄色、表面光

滑。可有十几粒至四十几粒。卵圆形多呈深褐色，表面粗糙多呈桑椹状，其数量较之棱形小，一般2—5粒，最多十几粒。米粒形多为褐色，大小不等，小似米粒，大如玉米，可呈棱形和不规则形，数量较多，几十粒至几百粒。本组有1例为310粒，1例为439粒。

结石的分布：44例中，27例胆囊结石，6例胆总管结石、胆囊与胆总管同时兼有结石者11例。我们分析，继发性胆总管结石11例，其结石均来源于胆囊，因为结石的形状、颜色、性质均与胆囊结石一样。在我国其它地区胆总管结石多于胆囊结石。在宝鸡县则胆囊结石多于胆总管结石，这与美国85%均为胆固醇胆囊结石情况相类似。与刘绍教授报告的陕西关中地区结石分布相类似。

三、诊断：

胆结石常以胆囊炎就医，诊断比较容易。判断有无结石，有一定困难。根据我们临床观察，有下列表现者多有结石存在：①反复发作的胆囊炎或有多年的右上腹痛史；②反复发作的胆绞痛；③胆囊肿大；④阻塞性黄疸；⑤右上腹痛，黄疸，寒战、高烧。病人病情许可，做胆囊造影，在胆囊内显示单一或多数的透明影，本组做胆囊造影9例，胆囊均未显影，可能胆囊管阻塞，胆囊无功能。超声波检查有一定的意义，胆囊液平明显缩小、增大或液平中出现一束高的反射波。

四、关于治疗问题：

1. 手术时机与适应症：

我们把入院三日内手术者列为早期手术。七日以后手术的列为择期手术。早期手术的指征：①可扪及肿大的胆囊；②急性胆囊炎在治疗期出现黄疸；③右上腹膜炎症状严重；④有阻塞性黄疸或化脓性胆管炎。

择期手术的指征：①具有早期手术指征，而因种种原因失去手术时机者；②经治疗炎症消退，胆囊造影胆囊无功能不显影者；③有反复发作胆绞痛而体征不显著者。

本组44例病人，早期手术22例，择期手术22例。根据我们的体会，早期手术与择期手术在操作的难易程度、出血多少，虽有所差别，但并不突出。我们认为：只要手术指征明确，病人又能耐受手术者，经适当的术前准备，以早期手术为好。这样可减轻病人的经济负担，缩短住院天数，手术危险性与择期无明显差别。

2. 手术所见：

胆囊的肉眼观察有两种类型：①胆囊管阻塞、胆囊肿大积液、积液有的可高达200ml。多数为混浊或脓性胆汁。少数为白色胆汁。此型在临床上都可扪及肿大的胆囊，发病早期腹膜刺激症明显，胆囊有明显的水肿，手术剥离比较容易。②胆囊萎缩，胆囊壁增厚，胆囊内充满胆石。此类型临床表现较轻，有反复发作的胆绞痛病史，体征不明显，胆囊造影可不显影，剥离较为困难。有部分病例，胆囊与大网膜有不同程度的粘连。其粘连程度与病史的长短有关。本组无一例发生穿孔。有的病人胆囊肿大很严重，胆囊壁也未见发生坏死。个别病例胆囊颈部结石嵌顿，受压部位有发黑情况。

3. 手术方式

有胆囊切除，胆囊造瘘，胆总管引流，俄狄氏括约肌切开，胆总管十二指肠吻合术等。本组计：胆囊切除42例，胆囊造瘘1例，胆总管探查放置“T”型管引流23例，俄狄氏括约肌切开术1例。胆总管探查的指征：①阻塞性黄疸；②术中胆总管扩张可触及结石；③有剧烈胆绞痛而胆囊炎症不显著；④化脓性胆管炎。一例俄狄氏括约肌切开系乏特氏壶腹嵌顿一较大之结石，经胆总管无法取出，经十二指肠前壁切开取石，术后恢复顺利。胆囊造瘘1例，因胆囊壁粘连严重，解剖不清无法切除，经胆囊取石后行造瘘术。胆总管十二指肠吻合术，适用于原发性，继发性胆总管或肝胆结石，胆总管直径在2cm以上，同时肝管无结石或狭窄，要保证胆汁引流通畅，否则易引起难以控制的

胆道结石及感染的再次手术

附21例分析

宝鸡市渭滨医院 吴伟

胆道结石及感染的再次手术,据文献报导为6.7—14.4%,我院自1974—1983年因胆道结石及感染手术治疗者244例,其中再次手术者21例,有8例的初次手术是外院作的,再次手术率为7.3%。

临床资料

一、一般资料:本组21例中,男11例,女10例。年令最小26岁,最大76岁,平均47.2岁。

二、再次手术原因:

1.胆道残余和复发结石10例。复发结石再次手术均有oddi氏括约肌狭窄。

2.胆总管结石及oddi氏括约肌狭窄,行取石及括约肌切开术后,oddi氏括约肌再狭窄者2例。

3.胆总管结石“T”管引流术,于二周后拔除“T”管,拔管处狭窄梗阻者1例。

4.化脓性胆囊炎、胆管炎术后胆囊床出血者2例。

5.胆囊结石及oddi氏括约肌狭窄,仅行

上行感染。对有I、II级肝管狭窄或有结石无法清除者,可行胆总管空肠吻合术。胆道手术我们常规放置烟卷引流,可防止胆汁性腹膜炎,保证手术安全。手术第一日有较多的液体和胆汁渗出,多能浸湿敷料,如不引流,势必引起腹腔感染,个别病例未做引流,术后发现渗液从“T”型管周围渗出。

胆囊切除术,术后再次行oddi氏括约肌成形术者2例。

6.急性胆囊炎、胆管炎合并梗阻性黄疸,急诊胆囊造瘘术后再次手术者2例。

7.手术损伤胆总管,术中行胆管吻合,术后吻合口狭窄者2例。(其中行胆总管对端吻合术1例,胆总管空肠R—Y吻合术1例。)

三、诊断:

1.症状、体征、与时间:

(1)残余和复发结石:本组10例主要症状为术后再度发生胆绞痛(10例),有腰背部放射痛(6例),发热(6例)、黄疸(7例)等症状。发病时间:残余结石3例均于术后一个月内,复发结石5例分别为术后1—11年之间,胆道蛔虫术后发生结石2例,分别为术后6个月及8年。

(2)胆道及吻合口狭窄:本组胆道、oddi氏括约肌、吻合口等狭窄7例中,主要症状为术后反复发作上腹部疼痛(7例),有腰背部放射痛(4例),黄疸(2例),发热(5例),胆瘘(1例)。

烟卷引流三日内拔出。“T”型管引流,12天夹管,两周拔管,个别病人根据具体情况而定。本组一例术中出现心脏骤停,术后死亡,分析原因可能为胆心综合征,心功能紊乱之故。无一例发生胆道损伤和大出血。住院天数:早期手术20天左右,择期手术平均30—35天。

(3) 胆囊床出血 2 例, 分别于术后 6 小时及 24 小时发生烟卷引流处较大量渗血。

(4) 胆囊造瘘术 2 例, 系危重休克病人急诊抢救手术。

2. 放射科检查:

(1) 静脉胆道造影 3 例, 其中 1 例显示胆总管扩张及 24 小时后仍显示有造影剂。

(2) 经皮肝穿造影 1 例, 显示胆总管远端有狭窄。

四、再次手术方式:

主要为胆总管十二指肠吻合术 (9 例), oddi 氏括约肌成形术 (6 例), 胆总管空肠 R—Y 吻合术 (2 例), 胆总管 R—Y 吻合口狭窄切除再吻合术 (1 例), 胆总管“T”管引流术 (1 例), 胆囊床纱布填塞压迫止血 (2 例)。

五、治疗结果: 治愈 20 例。死亡 1 例, (术后十天因肺部并发症死亡。)

讨 论

一、胆道残余和复发结石为再次手术的主要原因, 本组占再手术病例 47.6%。胆道残余和复发结石的原因, 多为术前诊断不够确切, 术中未发现肝内胆管结石或胆总管壶腹部结石嵌顿, 或术中未探查胆总管, 或虽探查而不彻底, 结石未取净而遗留。肝内胆管结石, 即使术中使用胆道造影及胆道镜检查, 术后残留结石发生率仍高。肝内胆管残余结石的下降及术中未仔细探查胆总管, 是症状复发与再次手术的重要原因。术后胆道狭窄、吻合口狭窄、oddi 氏括约肌狭窄造成胆汁淤积, 反复感染, 又为形成复发胆管结石的另一原因。胆道蛔虫取虫术后, 复发胆道结石为再次手术原因之一。

胆道残余和复发结石的预防与治疗, 为在初次手术前应用各种检查方法, 包括“B”型超声、PTC 或 ERCP 直接胆道造影, 查明胆道结石分布情况, 胆管有无狭窄及狭窄程度。术中有条件应作直视下经胆囊管穿刺

X 线造影, 可判断肝胆管内有无结石或狭窄, 如正常时可避免胆总管切开, 若无条件或胆囊管阻塞, 则术中对胆总管切开探查的指征应适当放宽, 因仅靠手指作肝外胆道的触诊, 容易导致结石残留, 且不能发现有否 oddi 氏括约肌狭窄。术中应仔细探查胆总管, 防止结石残留, 对胆总管扩张者, 可用手指在胆管内直接探查, 应用纤维胆道镜, 能直视胆道内情况, 可防止结石残留和对胆管狭窄进行适宜术式。对疑有结石未取净者, 应行胆肠吻合术, 其中以胆总管与空肠 R—Y 大口吻合术最佳。胆总管探查“T”管引流术后, 拔管前应常规行经“T”管胆道造影术, 如发现有残余结石, 据文献报导, 可经“T”管或“T”管窦道在 X 线透视下, 应用取石钳、取石网等取石。或经“T”管用偏磷酸钠, 复方胆汁酸盐等药物灌注溶石及液喷射流振荡治疗残余结石。胆道残余和复发结石的再次手术, 取石的同时, 应行胆肠吻合术或 oddi 氏括约肌成形术, 效果较满意。

二、胆总管远端及 oddi 氏括约肌狭窄是造成再次手术的另一原因。胆总管远端及乳突部慢性炎症、化脓性胆管炎、胆管内结石的机械性刺激, 均可使胆管及 oddi 氏括约肌狭窄。初次手术时有狭窄而未探查胆总管, 或探查时用暴力损伤了乳突部粘膜术后导致狭窄, 术后均可出现临床症状。胆总管探查“T”管引流术, 若管径 < 0.5 厘米, 术后按常规拔“T”管可导致拔管处狭窄梗阻, 为避免发生狭窄, 应置管 6 个月以上, 或初次手术时即行胆肠 R—Y 吻合术。oddi 氏括约肌切开成形术, 若吻合口狭小, 或粘膜对合不良, 可造成术后再度狭窄, 均为再次手术原因。

胆道狭窄主要症状, 为有间隙性上腹部疼痛, 发热, 黄疸有或无, 因为只要有一探针粗细管道或瘻, 就可以不发生黄疸, 胆道长期梗阻, 可有肝脾肿大及门静脉高压症。剑突下胀痛同时伴有腰背部放射痛, 提示有

胆总管远端狭窄梗阻。

三、胆管损伤多位于胆囊管开口部近端胆总管，而以胆囊切除术发生率较高，胆囊切除术中，因局部炎症粘连严重，解剖变异，手术操作不熟练，未充分显露胆囊管与胆总管之间的关系，切除胆囊时可误将胆总管当作胆囊管结扎切断。过度牵拉或盲目钳夹缝扎出血点，亦可造成胆总管壁的损伤。胆总管损伤术中发现，可行对端吻合术，要求吻合口端无炎症，管径在1.0厘米以上，无张力，吻合口可达一期愈合。吻合口处放入胆道支持引流管，可起减压引流作用，留置时间6—12个月，使纤维化定型，有利防止吻合口狭窄。但关键要吻合口宽大，无张力，吻合口粘膜对合良好，如达不到此要求，支持引流管仍不能防止吻合口再狭窄。如采用胆总管与空肠R—Y式吻合术，则可达到吻合口宽大，引流通畅。

四、胆囊造瘘术后再手术：化脓性胆囊炎、胆管炎合并胆道梗阻，全身情况危重或休克，只宜行简单手术，胆囊管通畅时行胆囊造瘘术，胆囊管梗阻者则同时作胆总管引流术，待全身情况好转后，可再次手术。

五、胆囊切除术后胆囊床出血：化脓性胆管炎合并梗阻性黄疸，常有凝血机制障碍。胆囊切除时，胆囊壁因炎性增厚、水肿或坏疽，解剖层次不清，剥离胆囊壁可以损伤胆囊床发生渗血，因此术中要彻底止血。术后严重出血病例，需再次手术，填塞压迫止血较好。

六、术式的选用：胆道再次手术原则，

清除胆道残余结石，校正胆道狭窄，通畅引流胆汁。根据病人全身及局部具体情况，在探查胆总管后一般主要选用胆肠R—Y吻合术，胆总管十二指肠吻合术、oddi氏括约肌成形术等三种术式。胆总管与空肠R—Y吻合术，适用于高位胆管狭窄重建手术，其胆肠吻合口距空肠端侧吻合口应大于40厘米。且空肠端侧吻合口呈“Y”形，以防止反流。胆肠吻合口径应大于2.0厘米，有利于胆汁的引流，残余结石的排出。胆总管远端梗阻而近端扩张者，可选用胆总管十二指肠吻合术。胆总管十二指肠侧侧吻合术时，吻合口要够大，直径应在2.5厘米以上，吻合时将十二指肠第一段推移向尾侧，显露胆总管十二指肠后段，尽量于胆总管远端进行吻合，减少“盲端”；或采用胆总管十二指肠端侧吻合术，可减少上行感染机会。oddi氏括约肌成形术，适用于结石嵌顿于乳头部或oddi氏括约肌短管状狭窄者。括约肌切开范围应达到1.5—2.0厘米，作到吻合口足够大。因引流通畅，返流食物不滞留，不易发生逆行感染。本组一例成形术后，食糜自“T”管逆流，但未发生上行感染症状。如吻合口狭小，则极易发生上行感染，感染与否，不在于是否有胆道逆流，而在于胆道引流是否通畅。十二指肠切口不宜纵切横缝，因为降部系膜固定，缝合后易造成张力过大，发生肠痿或十二指肠狭窄梗阻。

七、术后结合应用中医治疗，能控制胆道感染，增加胆汁分泌，排出结石，预防复发有一定疗效。

胆囊管部分梗阻综合症

——附20例分析

宝鸡市中医医院 吴大鹏 张治华 何瑞龙

胆囊管部分梗阻综合症，是指胆囊管非结石性机械性不全梗阻的一种胆囊疾患，以往由于对本病认识不足，往往胆囊造影正常，临床上常未能给予及时诊治。近年来国内外对本病陆续有所报道，实际上并不罕见。本文报告我院80年5月~83年5月因胆囊疾患行胆囊切除术215例，其中因胆囊管非结石性机械性不全梗阻行胆囊切除术20例，占9.3%，本文着重对其诊断及治疗方法讨论如下：

一般资料

年龄与性别：本组年龄最小24岁，最大49岁；女性17例（经产妇13例）男性3例，女：男=6：1，其中25~40岁者12例约占60%。

发病年限：最短半月，最长20年。

主要临床表现：右上腹绞痛20例，胀痛8例，右肩背放射痛15例，发热1例，恶心19例，呕吐14例，进油腻食物，饱餐或劳累易诱发者7例，食欲减退14例，黄疸2例，右上腹肿块2例。

特殊检查：本组均行口服法胆囊造影，其中一例因服显影剂后有轻度腹泻改行静脉法胆囊造影，检查结果见表一：

表一

| | 显影 | | 不显影 |
|-----|------|------|-----|
| | 排空正常 | 排空延迟 | |
| 例数 | 4 | 13 | 3 |
| 百分比 | 20% | 65% | 15% |

如上表所示，胆囊排空延迟者占胆囊显影例数65%，均经手术证实有胆囊管病变。

肝功检查：本组除三例术前SGPT升高达450~500单位，其余17例均在正常范围，这三例中，临床上均呈现急性胆囊炎症状，其中二例住院一周后出现黄疸，经抗炎三天后，黄疸迅速消退，术后半月SGPT迅速下降，另一例也于手术后一月复查SGPT正常。

术中所见：本组术中所见胆囊管部分梗阻原因见表二：

表二 本组胆囊管部分梗阻原因

| 术中所见 | 例数 | 术中所见 | 例数 |
|--------|----|--------------|----|
| 胆囊管外粘连 | 4 | 胆囊管狭窄 | 6 |
| 胆囊管扭曲 | 6 | 胆囊管迷走血管压迫 | 1 |
| 胆囊粘连 | 2 | 胆囊壁炎症肥厚增生 | 1 |
| 胆囊管成锐角 | 1 | 胆总管周围淋巴结肿大压迫 | 1 |

注：有的病例不仅有一项病理改变

病理检查结果：慢性胆囊炎11例，慢性腺性胆囊炎腺性增生5例、慢性胆囊炎急发1例，慢性胆囊炎亚急性发作伴假腺性增生3例。

随访结果：随访时间一年至三年，除1例至今仍有恶心，偶有呕吐、腹胀、目前仍接受临床观察外，其余19例症状均消失。

讨论

(一) 病理

胆囊管部分梗阻综合症，曾有胆囊综合症、胆囊漏斗颈运动障碍，胆囊颈管综合症，胆囊管部分阻塞证，胆囊管狭曲综合症和原发性慢性胆囊管炎等名称。病理上表现为胆囊管粘膜水肿，退行性变，中性白细胞及圆形细胞浸润，结缔组织增生和纤维化等，致胆囊管肥厚，造成管腔部分狭窄。其病因及病理改变可归纳为：（1）胆囊管外的纤维收缩带或炎症性粘连；（2）胆囊管过长致扭曲；（3）胆囊与周围脏器粘连；（4）胆囊管与漏斗部相接处成锐角；（5）先天性或后天性原因引起的胆囊管局部狭窄或纤维化；（6）胆囊本身可有不同程度的囊壁炎症肥厚增生；（7）胆囊管受迷走血管压迫或周围淋巴结肿大压迫。当进食或其他诱因促使胆囊收缩时，因胆汁排出通路不畅、胆囊排空遇到阻力，即发生以胆绞痛为主的一系列临床表现。

（二）发病特点：

据近年来国内外有关资料报道，本病以婚后中青年妇女患者居多，李清潭报告40例，经手术证实者均为女性，年龄在23—40岁之间，多为经产妇。本组发病年龄介于25—40岁之间者占60%，也以经产妇居多。其原因各家说法不一。我们注意到，本组病例体型多为无力型，内脏下垂可能容易诱发本病。经产妇腹壁松弛、原有下垂的肝脏更易移动而牵拉胆囊，致使胆囊管扭曲或折迭成角，亦可加重症状。但对先天性病理因素等则难以判断其与性别的关系。

本病临床表现：类似结石性胆囊炎，通常有右上腹或上腹部突发绞痛，进油腻食物，饱餐或劳累均易诱发、疼痛可向右肩背放射，多数伴有恶心，偶有呕吐。肝功能检查与白血球计数多数正常。本组三例术前SGPT增高，术后一月复查二例恢复正常。考虑为胆囊急性炎症显著、经胆管波及肝实质所致，一般无发热，本组几乎都有食欲减退，多数患者因有消化道症状曾接受过内科治疗。仅二例在住院期间突然发生黄疸，伴

发热，经抗炎治疗三天，黄疸迅速消退，体温恢复正常。术中经胆总管探查未发现结石及其他异物。考虑为胆总管平滑肌反射性痉挛并发乳头炎性水肿，导致胆管梗阻，经抗炎水肿迅速减轻。体征除胆囊区有触痛外，罕有其他阳性体征。

（三）诊断方法：

临床上，我们力图通过患者的临床表现和胆囊造影等检查手段在术前确诊本病，但往往事与愿违。多年来、国内外对此作了许多努力，先后提出多种诊断方法，诸如胆囊造影延迟显影法，CCK—胆囊造影法，CCK结合同位素显象检查，增强胆囊造影法，经皮肝穿胆道造影，十二指肠胆汁引流以及“B”型超声波检查等等。各种方法均有诊断价值，诊断符合率则变动较大，迄今文献表明在诊断上仍缺乏特异性。根据文献报告，目前普遍认为口服法胆囊延迟显影法诊断符合率较高。Hoffman报告诊断符合率达93%。孟承伟报告则达100%。

本组均采用脂肪餐后再摄片法，其中有17例于口服胆囊造影剂后显影、脂肪餐后排空延迟者13例，占65%。显示排空正常者4例占20%，手术均证实为本病。排空正常的4例，二例照片显示胆囊明显折迭、形似膈膜胆囊（术中所见并无膈膜）；二例分别显示胆囊松弛下垂，如悬吊之水袋，其中一例竟达髂前上棘连线，此型患者往往由于体位变化，易使胆囊颈与胆囊管间成锐角，导致部分梗阻，临床上可出现绞痛等症状，其原因即在于此。诚然，患者体位的改变仍可恢复胆囊管正常通路、症状可迅速消失，我们认为：（1）实际上，脂肪餐后胆囊排空延迟则属功能异常，往往提示胆囊管有不全梗阻，未见结石影时应高度怀疑本病。基层医院遇到患者经济不允许或诊断条件所限时，不必拘泥于采用胆囊造影延迟显影再摄片法；（2）脂肪餐后胆囊排空正常者，亦应结合临床表现阅片分析，若见胆囊影位置或形态异常，诸如悬垂水袋状、胆囊折迭、胆

78例胆囊切除后腹痛原因分析及处理

陕西省建七公司职工医院外科 万宝奎

宝鸡市中医医院

外科 高华熙

胆囊切除术治疗胆囊炎、胆石症，因其具有操作简便、安全性大、术后恢复快及易于普及等优点，目前在腹部手术中较为盛行。但有一部分病人术后仍有某些症状，而不同程度的腹痛则是其中最常见。有些学者将其称为胆囊切除术后综合症(PCS)。由于术后腹痛的病因复杂，症状表现不一，且多有器质性病变，迄今对PCS的认识颇有争议。笔者先后收集此类病案78例，进行追踪观察，现将有关资料报道，并对其病因及防治原则加以讨论，以供商榷。

临床资料

一、一般分析：

1. 发生率：自1970年6月至1983年12月收集较完整的胆囊切除资料360例，术后发生腹痛者78例，约占21.67%。

2. 性别与年龄：男25例，女53例，19岁1例，21~30岁2例，31~40岁9例，41~50岁26例，51~60岁37例，61岁以上3例。51~60岁较多，约占47.4%。

3. 发病时间：(按第一次手术后出现症状的时间计算) 1年以内17例，2~3年47例，4~7年8例，9年以上2例，不详4例。2~3年较多，约占53.8%。

4. 手术次数：(包括在本院及外院的手术次数) 1次56例，2次17例，3次以上5例。

二、症状和体征：(统计术后首次发病的临床表现)(表一)。

三、病因分析：(表二)

四、再次手术方式(表三)

症状和体征 表一

| 征状和体征 | 例数 | (%) |
|------------------|----|-------|
| 发热 37℃以上 | 42 | 53.8 |
| 腹痛 | 78 | 100 |
| 放散病 | 38 | 48.7 |
| 腹胀 | 36 | 46.15 |
| 恶心 | 53 | 67.9 |
| 呕吐 | 34 | 43.6 |
| 纳差 | 69 | 88.46 |
| 黄疸 | 18 | 23.0 |
| 白细胞升高 大于10000 | 37 | 47.4 |
| 淀粉酶升高 | 5 | 6.4 |

五、治疗结果：中西医结合非手术治愈47例，好转8例，手术治愈19例，死亡2例(原因为胆道感染性休克)，自动出院2例。

讨论

胆囊切除术后腹痛的发生率，在国内由于各家随访时间长短不一，病例数目多寡不同，结论各异，一般认为是10~15%，实际临床上常超过文献报告数字，本文统计为21.67%；在国外，Bodwall等统计高达39.6%。故此，研究胆囊切除术后腹痛问题，实为胆道外科的重要课题之一。我们认为，如果对术后腹痛不加以认真分析，而一概称为Pcs，

病因分析 表二

| 病 因 | 例数 | % |
|---------------|----|------|
| 诊断错误或不明确 | | |
| 十二指肠憩室炎 | 1 | 1.28 |
| 恶性肿瘤 | | |
| 胆囊癌 | 4 | 5.1 |
| 胰头癌 | 2 | 2.56 |
| 无石胆囊 | | |
| 胆囊壁厚 | 2 | 2.56 |
| 胆囊颈迂曲 | 7 | 8.97 |
| 硬化性胆管炎 | 1 | 1.28 |
| 慢性硬化性胰腺炎 | 1 | 1.28 |
| 术式不当或操作错误 | | |
| 遗漏胆总管结石或狭窄 | 5 | 6.7 |
| 残余胆囊管 | 1 | 1.28 |
| 残余胆囊 | | |
| 误扎胆总管 | 3 | 3.80 |
| 胆总管扩张和运动障碍 | 2 | 2.56 |
| 胆管炎、新生结石 | 9 | 11.5 |
| 胆总管与周围组织粘连 | 2 | 2.56 |
| 胆汁返流性胃炎 | 16 | 20.5 |
| 饮食、劳累、气候、精神因素 | 21 | 26.9 |
| 其他 | | |
| 结肠癌 | 1 | 1.28 |
| 胆道出血 | 0 | 0 |

再次手术方式 表三

| 再次手术方式 | 例数 |
|-------------|----|
| 胆总管十二指肠吻合术 | 8 |
| 胆囊残株切除术 | 1 |
| 胆总管探查+T管引流 | 19 |
| 括约肌切开成形术 | 2 |
| 胆肠Roux-y吻合术 | 2 |
| 剖腹探查术 | 3 |

似不够恰当。因为Pcs既不能表明病人的具体症状，也不能体现组织器官的病理实况，更不能明确腹痛发生的真正原因。它只是一

个笼统的概念，不能给人以清晰的印象。Pcs一词系Pripram1937年首次提出，是指某些神经过敏患者，在除外器质性病变的基础上才能做出这一诊断。从这个意义上讲，Pcs根本包括不了术后发生的各种不同类型的疼痛和不适。故需对术后腹痛进一步认真研究，翔实病因，才能有的放矢地进行治疗。

一、病因分析：

1. 诊断错误或不明确：由于胆囊炎、胆石症在临床表现上与其他腹痛疾患引起的消化不良症状非常相似，若术前对病情研究不足，常可造成误诊或不能明确诊断。本组将十二指肠憩室炎、恶性肿瘤、硬化性胆管炎、慢性硬化性胰腺炎误诊为胆囊炎，另外，常被误诊的还有慢性溃疡、阑尾炎、内脏下垂、脊柱关节炎、神经官能症、周期性腹膜炎、不明原因的腹痛。胆囊切除后，原发病灶未除，腹痛依然发生。关于无石胆囊，术后腹痛原因不甚明确，Wamack认为：典型症状的胆囊结石多可得切除后良好效果，非结石性胆囊炎切除后常有症状。

2. 术式不当或操作错误：

①胆总管未探查：常因满足于积液的大胆囊内有巨块结石而疏忽大意，或因胆总管显露困难和患者周身条件低下，没有或未能对胆总管进行探查，可因遗漏胆总管结石和狭窄，致术后腹痛继续发作。

②误扎胆总管：由于解剖变异，术者经验不足，将胆总管误认为胆囊管或付胆囊管结扎。

③残余胆囊管：因胆囊残株留之过长，其中可有残余结石或新生结石，瘢痕组织压迫梗阻、残株内感染、淤积胆汁、残端愈合不良、结扎线刺激形成肉芽肿、或扩张形成小胆囊，皆可造成症状，发作时似旧病重犯，临床上常称为“假胆囊综合症”。

④残余胆囊：多因患者病史长且就診晚，胆囊发生坏疽穿孔，与周围组织粘连，剥离受限，只做胆囊部分切除，残留部分的

粘膜刮除不彻底时，术后腹痛会反复发作。

⑤胆总管狭窄或胆瘘：牵拉胆囊过度，致胆总管呈锐角屈曲，将胆总管壁切开结扎，先天性变异，误扎胆总管壁，均可造成狭窄；胆囊位于肝内，常可损伤迷走肝小管、撕裂小片肝组织，或因胆囊颈结扎线太松及脱落，形成胆瘘。

3.胆总管扩张与胆道运动障碍：胆囊切除后，原先的生理功能已经丧失，但原先的生理要求却继续存在，于是矛盾开始潜伏。的稀薄胆汁对消化功能不适应，胆汁泌量增加，胆道内压力升高，oddis'括约肌发生痉挛，胆汁排流受阻，使胆总管不断扩张；再因饮食不当、劳累过度、冷热骤变、精神焦虑、脏器粘连等诱因使oddis'括约肌或胃幽门括约肌功能紊乱，十二指肠液逆流入胆管致胆管炎、新生结石，胆汁返流于胃，破坏胃粘膜屏障，发生胆汁性胃炎，有人报告，胆囊切除后，至少有51%发生此症。

4.其他：胆囊切除后胆汁酸发生病理改变，可诱发结肠癌，尤其女性患者发生率高。此外，偶见有发生术后胆道出血者。

二、防治原则：要根据病因选择不同的治疗方法。

1.非手术治疗：对症状轻微或较重但无器质性病变者，尽可能采用中西医结合非手术方法治疗。解痉止痛、抗生素控制感染、输液纠正水电解质紊乱、中药等综合措施，均可收到一定效果。

2.手术治疗：对于病情严重疑胆管穿孔伴感染性休克或有胆总管狭窄和括约肌狭窄者应及早手术治疗。胆囊切除后须再次手术者，因其难度及危险性远比初次手术时大，死亡率要比首次手术高5倍，若单纯根据临床症状进行手术探查，常难以明确真正原因致手术失败。为了明确病因，避免不必要的手术，减少手术时间及手术的复杂性，术前要对病人进行全面检查。如Bili及Akp的测

定，两者均升高可提示胆道有严重梗阻，各种造影检查，US、CT对确定胆总管有无结石、有无扩张或狭窄均有一定价值。

①胆囊残株过长的处理：有胆囊残株过长者不一定都有症状。对于症状严重者可做胆囊管切除，或将粘膜刮除之。术中防止损伤胆总管比切除胆囊管更为重要，若切除困难，可行括约肌成形术，保持胆汁排泄通畅。

②胆总管结石、扩张、狭窄的处理：对再生结石者可行胆总管切开放石，探查胆总管有无狭窄或扩张。对狭窄的手术方式，目前各家治疗不一，一般不外乎以下五种：

总胆管十二指肠吻合术（CDD）

修剪狭窄瘢痕后胆管与胆管吻合术

胆肠吻合术（Roux-Y；Roux-en-Y）

狭窄处整形修补术

扩张原狭窄

我们体会，CDD虽有缺点，但简便易施，在基层医院仍然可行，胆肠吻合术操作虽然复杂，但术后并发症少，应尽可能采用，其余三种难度大，易形成胆瘘，术后狭窄仍可发生。

总之，胆囊炎、胆石症是常见的急腹症，胆囊切除也是常用的术式，如若不慎，术后可产生一些并发症。这些并发症大都可以避免。如术前行上消化道钡透及灌肠可排除上下消化道病变，行PTC或ERCP造影及US或CT检查，可减免误诊。严格掌握手术适应症，尤其对无石胆囊病人，超声扫描胆囊壁厚在3.5mm以上者方可施手术切除。术中尽可能做胆总管造影，明确诊断，以求选择合理术式，彻底治愈，可避免遗留复杂问题致术后难以处理。操作轻柔，可避免损伤过多组织，操作精细准确，可避免误伤胆总管及胆囊管残株过长。术后不常规放置腹腔引流管，可减少肝下积液及脏器粘连。