

期如果出现逼尿肌无抑制性收缩就可能发生运动急迫性尿失禁。

3.2 目前, ICS 推荐的治疗方法有药物治疗、排尿日记、盆底功能锻炼结合生物反馈治疗、电刺激治疗和手术治疗等方法。本实验所采用的药物治疗为盐酸奥昔布宁缓释片, 该药属中度抗胆碱药物, 对平滑肌有强大的松弛作用, 对泌尿系平滑肌有选择性作用。国外文献报道, 用药 4~6 周后可使膀胱容量增加 160%^[4], 60%~85% 病人的症状得到控制^[5]。尽管奥昔布宁有其众所周知的副作用, 但目前仍是治疗急迫性尿失禁的首选用药^[6], 得到 ICS 和中华医学会泌尿外科学分会的推荐。

3.3 祖国医学认为其发病与肾虚、湿热等因素致膀胱气化功能障碍有关。《诸病源候论·小便不禁》指出病机是“肾气虚, 下焦受冷也, 不能制约其水液”, 治疗当以补肾、调理膀胱经气为原则。会阳、中髎俞、中髎穴为膀胱经穴, 针之可调理膀胱经气。该组位于骶尾部, 其穴下神经冲动传入 S₁₋₃ 节段, 与支配膀胱尿道的盆神经进入骶髓排尿中枢的部位 (S₂₋₄) 最近。针刺上述穴位通过调节腰骶交感或副交感神经功能而治疗尿失禁; 加用低频电刺激能最大程度的抑制逼尿肌的无抑制性收缩, 增加膀胱容量, 提高膀胱初始感觉阈而控制运动急迫性尿失禁^[7]。从本观察研究中证实针灸疗法对不稳定膀胱有调整作用, 该方法可抑制逼尿肌的过度收缩和

活动, 改善膀胱顺应性, 维持正常排尿过程从而达到治疗运动急迫性尿失禁的目的。其疗效与 ICS 推荐的用药疗效相当, 且副作用较药物治疗少, 具有安全、有效、廉价的优点, 值得推广。

参考文献

- 1 Griffiths D, Höfner K, van Mastrigt R, et al. Standardization of terminology of lower urinary tract function; pressure - flow studies of voiding, urethral resistance, and urethral obstruction international continence society subcommittee on standardization of terminology of pressure - flow studies [J]. *Neurourol Urodyn*, 1997, 16(1): 1 - 18.
- 2 Doll HA, Black NA, Mc Pherson K, et al. Mortality, morbidity and complications following transurethral resection of the prostate for benign prostatic hypertrophy [J]. *J Urol*, 1992, 147(6): 1566 - 1573.
- 3 Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, et al. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life [J]. *Neurourol Urodyn*, 2000, 19(3): 259 - 271.
- 4 Yarker YE, Goa KL, Fitton A. Oxbutynin. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and its therapeutic use in detrusor instability [J]. *Drugs Aging*, 1995, 6(3): 243 - 262.
- 5 仲晓燕. 奥昔布宁的药理与临床 [J]. 国外医药合成药、生化药、制剂分册, 1991, 12(3): 153 - 155.
- 6 中华医学会泌尿外科学分会第三届尿控学组. 膀胱过度活动症临床诊治指南. 试行版 [M], 2005, 11: 8 - 9.
- 7 The International Continence society. Fourth report on the standardization of terminology of lower urinary tract function [J]. *Br Urol*, 1981, 53(4): 333 - 335.

[收稿日期 2009-03-25][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

论 著

腹腔镜胆囊切除术 561 例临床探讨

江文枢, 卢榜裕, 刘祖军

作者单位: 530027 南宁, 广西医科大学第一附属医院微创外科

作者简介: 江文枢(1968-), 医学硕士, 副主任医师, 从事普外科、微创外科的研究。电话: 0771-3277224, E-mail: jws99@163.com

[摘要] 目的 进一步探讨腹腔镜胆囊切除术并发症的原因和预防措施。方法 回顾分析自 2003-08~2008-12 我科 561 例胆囊疾病的病人行腹腔镜胆囊切除术的资料。结果 561 例中 558 例成功施行腹腔镜胆囊切除术, 腹腔镜手术成功率 99.47%, 中转开腹 3 例; 并发症 4 例 (0.71%) 中, 胆管横断伤 2 例 (0.36%), 胆漏 2 例 (0.36%)。手术时间 (51.36 ± 20.46) min; 病人术后住院时间 1~10 d, 平均 (4.15 ± 1.36) d。结论 腹腔镜胆囊手术具有切口小、创伤少、并发症少、术后痛苦少、恢复快等微创优点; 但一旦发生并发症, 如果处理不当后果相当严重, 重视预防和提高手术技能能降低腹腔镜胆囊切除术中并发症的发生率。

[关键词] 外科学; 腹腔镜; 胆囊切除术

[中图分类号] R 657.4 [文献标识码] A [文章编号] 1674-3806(2009)06-0593-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.06.18

Investigation on the treatment and prevention of the complications of laparoscopic cholecystectomy JIANG Wen-shu, LU Bang-yu, LIU Zu-jun. Department of Minimally Invasive Surgery, The First Affiliated Hospital, Guangxi Medical University, Nanning 530027, China

[Abstract] **Objective** To investigate the methods of the treatment and prevention of the complications of laparoscopic cholecystectomy. **Methods** From August 2003 to December 2008, the data of 561 case of laparoscopic cholecystectomy were analysed. **Results** Laparoscopic cholecystectomy was successfully performed in 558 of 561 cases (99.47%). There were 4 cases (0.71%) with complications. These involved 2 cases (0.36%) with a biliary leak, 2(0.36%) complete transversal injury of the common bile duct. The operative duration was (51.36 ± 20.46) min; The duration for hospitalization after operation was (4.15 ± 1.36) d. **Conclusion** Laparoscopic cholecystectomy is minimally invasive technique which can be carried out safely and effectively. The complications can be minimized by emphasizing prevention and improving the techniques of laparoscopic cholecystectomy.

[Key words] Surgery; Laparoscopy; Cholecystectomy

目前,腹腔镜胆囊切除术已经被认为是手术治疗良性胆囊疾病的金标准^[1]。但随着该术式在各地的广泛开展,并发症的出现也随之增多。自2003-08~2008-12,我们对561例胆囊疾病的病人行腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC),取得了满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组561例,男283例,女278例,年龄6~86岁,平均(14.42 ± 53.28)岁,病程20天~25年。术前经病史、B超、CT或MRCP等诊断,胆囊结石合并慢性萎缩性胆囊炎25例,慢性结石性胆囊炎454例,胆囊息肉48例,急性胆囊炎20例,胆囊结石合并急性胰腺炎10例,3例为胃大切术后胆囊结石,1例脾切除后胆囊结石。

1.2 合并症 本组并存有1种以上疾病132例(23.53%),其中合并高血压病45例,血压在140~210 mmHg/90~120 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa);冠心病34例,5例既往有心肌梗塞史;糖尿病13例;慢性支气管炎、肺气肿10例,肺结核(静止期)15例;心电图异常56例包括:心肌缺血、心肌劳损、ST改变、室早、房早、束支传导阻滞;肝硬化30例;慢性肾功能不全2例等。并存2种疾病者41例,并存3种疾病者13例。

1.3 腹腔镜手术方式 行气管插管静脉复合全身麻醉,手术均采用“三孔法”^[2](有7例因手术比较困难,术中在右肋缘下腋后线多开一个孔,做辅助操作孔)。病人头高脚底向左侧倾斜30°位,术者站在患者左侧,助手在病人左侧。脐部下缘1 cm长弧形切口,Veres针脐部穿刺建立人工气腹,气腹压力维

持在12~15 mmHg左右,置入30°腹腔镜探查并引导置入其余Trocar,于剑突下、右锁骨中线肋缘下分别置入5、10 mm Trocar,为主操作孔和副操作孔;在腹腔镜下解剖胆囊三角,分离出胆囊管,用可吸收夹钳夹,远端钛夹钳夹,中间切断胆囊管,一般用电凝切断胆囊动脉,游离胆囊,胆囊装袋并移走,拭净血迹,检查无活动性出血,无异物残留,手术结束。

2 结果

2.1 治疗效果 561例中除3例中转开腹(1例因为胃大部分切除术后粘连严重,2例术中胆管横断外),其余558例全部行腹腔镜胆囊切除术,患者恢复良好,术后第1天能进食,下床活动。手术时间(51.36 ± 20.46) min;病人术后住院时间1~10 d,平均(4.15 ± 1.36) d。

2.2 术后并发症 胆漏2例,术中放置腹腔胶管引流,引流3~6 d后痊愈。无切口感染、脂肪液化和胆管狭窄。

2.3 随访 395例术后出院随访2~30个月,平均8个月,无腹痛、黄疸和发热等,恢复良好。

3 讨论

3.1 掌握腹腔镜胆囊切除术的适应症 腹腔镜胆囊切除术的适应证长期以来就没有统一标准,因为各家医院开展腹腔镜的时间长短不一,术者的经验和水平有差别。故一般来说,对于初学者,腹腔镜胆囊切除术的适应证为:(1)胆囊结石,不合并有慢性胆囊炎胆囊萎缩、Mirriz征和急性胆囊炎等;(2)胆囊息肉,无恶变;(3)合并有上腹部手术史(尤其是胃大部分切除术)、肝功能较差、凝血功能异常等情况,要慎重一些。LC的禁忌证:(1)严重的弥漫性

腹膜炎;(2)急性胆囊炎并重症胆管炎;(3)急性胆囊炎有发热、黄疸,胆囊明显肿大,壁厚 $>5\text{ mm}$,白细胞计数及中性粒细胞明显增高者,同时伴有肝内外胆管结石者;(4)肝硬化伴有腹水、门脉高压并有出血倾向者;(5)不能耐受全麻的合并症,心肺功能严重障碍者;(6)胆囊癌。这些禁忌证是相对的,有些经过适当的治疗后仍然可以施行LC。术者要根据自身的情况严格掌握适应症,循序渐进,当技术熟练后,适应症逐渐放宽。腹腔镜外科是有局限性的,不能完全代替传统的手术方式。因此,手术者必须严格掌握腹腔镜手术的适应症,术中遇到意外,掌握中转开腹手术的时机也至关重要。根据我们的经验,只要在镜下无法进行精细的解剖,没有充分把握安全地完成手术,就应考虑中转开腹手术。否则,可能导致胆管损伤等并发症的发生。一般来说中转开腹指征有:(1)Calot三角解剖不清;(2)无法控制的出血;(3)胆囊管嵌顿结石;(4)与肝外胆管形成内瘘;(5)与肝外胆管粘连致密的萎缩性胆囊炎;(6)术毕发现肝门部胆漏,不能排除胆管损伤。

3.2 腹腔镜胆囊切除术常见的并发症及防治

(1)胆管损伤:胆管损伤,尤其是肝门部胆管损伤是腹腔镜胆囊切除术最严重的并发症之一^[3,4]。我们认为预防胆管损伤应做到:①熟知Calot三角的正确解剖是预防胆管损伤的关键,电钩在解剖Calot三角时,应避免大块组织的电凝电切,必须一点一点分离。对于炎症粘连轻,结构比较清楚者,可以从胆囊管前面切开浆膜,分离出胆囊管和胆囊动脉,分别钳夹切断。对于炎症粘连较重或脂肪多者,可先从胆囊壶腹分离解剖后三角,再从前三角分离出胆囊管和胆囊动脉,把胆囊壶腹、胆囊管、胆总管和肝总管显示出来,遵循“宁伤胆囊不伤胆管”的原则。对于胆囊三角冰冻样粘连、解剖不清时,可采取逆行切除胆囊或先剖开胆囊取出结石,顺胆囊腔内找到壶腹及胆囊管夹闭。对胆囊肿大、张力极高者,可先行胆囊减压;对胆囊周围层次不清、萎缩性胆囊炎、充满型结石者,不要强求完整的切除胆囊,可剖开胆囊取出结石,切除大部分胆囊壁,残余胆囊粘膜可用电凝刀烧灼处理;在钳夹、切断前必须确认解剖结构,切忌大块组织钳夹、切断。在分离Calot三角及横断管道结构时应注意看清有无胆道变异。②术前应充分阅读胆道影像学资料,评估手术难易程度,了解有无胆管变异,尤其对病史长且反复发作或胆道造影显示合并Mirizzi综合征或胆囊管过短的病人,应作出正确的判断。③胆管损伤常发生在术中出血较多

时,切忌盲目电凝或钳夹,应在吸净血液直视下用分离钳钳夹止血后,再决定用电凝或夹闭止血。④防止胆管的热电效应的损伤,高频电刀电凝时可产生热传导,在胆管附近操作会引起胆管壁电刀灼伤致术后穿孔或后期胆管狭窄。本组有2例胆总管横断损伤,实际上并不是病情复杂,而是术者临床经验不足,在没有清楚显露胆道解剖关系情况下,很自信地将胆总管误认为胆囊管予以横断。(2)术中出血:预防措施一是要避免胆囊动脉出现难以控制的大出血,在离断胆囊动脉时应尽量紧靠胆囊壁,这样即使胆囊动脉被切断出血,因其残端较长,也容易钳夹或压迫止血。一旦遇到胆囊动脉出血,要保持镇定,胆囊动脉切断后一般都有喷射状出血,有时因出血很快将胆囊动脉淹没,不能看到胆囊动脉的准确位置,此时绝不能盲目钳夹,更不能盲目施夹,以免误伤胆管等重要结构。可以用纱布压迫出血处,使出血暂时停止,然后将积血吸尽,迅速夹住出血的动脉并轻轻提起钳夹。笔者在术中也遇到过夹子松脱导致的胆囊动脉出血,由于处理及时、得当没有造成大出血。二是对于胆囊床一般的出血,用电凝或压迫很容易止血;如果合并有肝硬化门脉高压的病人,在分离胆囊床时要特别小心,避免过深分破肝脏,一旦分破,应迅速纱布压迫,看清楚以后,或逢扎或电凝止血。(3)胆漏:预防措施一是胆囊切除后应仔细烧灼胆囊床;二是胆囊动脉上夹紧靠胆囊颈以避免误伤右肝管和肝总管;三是术中出血时避免盲目钳夹、电凝;四是剥离胆囊床时尽可能不误伤肝组织。本组发生胆漏2例,1例术中分离创面较大,术中置有胶管引流,术后引流量少,估计是胆囊床的迷走胆管漏所致;另1例术后病人发热、出现黄疸,B超发现肝下积液,B超引导下穿刺置管引流,引流出胆汁较多,估计是胆囊管钳夹松脱不紧密所致。

3.3 本组561例中,558例成功施行腹腔镜胆囊切除术,腹腔镜手术成功率为99.47%,并发症发生率为0.71%(4/561),胆管损伤率为0.36%(2/561)。本组病例充分显示了腹腔镜下胆囊切除术具有戳口小、创伤少、并发症少、术后痛苦少、恢复快等微创优点。本组有2例发生胆管横断伤,属于严重的并发症,但由于及时发现,处理得当,恢复顺利,没有酿成严重后果。我们认为要防止和减少腹腔镜胆囊切除术并发症的发生,术者必须高度重视加强腹腔镜理论和技术的学习,熟知肝门部、胆囊三角解剖结构,严格掌握手术适应症,手术中仔细操作,术后加强观察和护理等。

参考文献

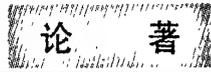
1 郑民华. 微创外科与循证医学[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(10): 579.

2 江文枢, 卢榜裕, 蔡小勇, 等. 老年人腹腔镜胆囊切除术 115 例[J]. 微创医学, 2008, 3(6): 618 - 619.

3 刘国礼. 我国腹腔镜外科的现状 - 156820 例腹腔镜手术综合报告[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(9): 562 - 564.

4 万小平, 阮景德, 龚连生, 等. 3 000 例腹腔镜胆道手术并发症分析与对策[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(2): 63 - 64.

[收稿日期 2009 - 03 - 31][本文编辑 宋卓孙 覃柯滔]



无创机械通气治疗重症急性左心衰竭的疗效分析

宰德富, 李明

作者单位: 251100 山东, 齐河县人民医院(宰德富); 齐河县祝阿镇卫生院(李明)

作者简介: 宰德富(1971 -), 男, 硕士学位, 主治医师, 研究方向: 内科疾病诊治。电话: 15963369565, E-mail: zaidefu@163.com

[摘要] 目的 观察无创机械通气(NPPV)治疗重症急性左心衰竭的临床效果。方法 33 例重症急性左心衰竭患者在常规吸氧、药物治疗的基础上, 使用呼吸机予以面罩无创机械通气治疗, 选择压力支持 + 呼气末正压(PSV + PEEP)通气模式。观察 NPPV 组与常规治疗(RT)组患者在治疗前后临床症状改善情况、心率(HR)、呼吸频率(RR)、平均动脉压(MAP)、血气分析(pH、PaO₂、PaCO₂、SpO₂)及病死率和住院时间。结果 NPPV 组患者在实施机械通气 2h 后肺部啰音明显减少或消失。2 h 后复查血气分析, 结果显示全部患者均有不同程度的好转。有 3 例患者终因心衰不能纠正而死亡。与常规治疗组及治疗前相比, NPPV 组机械通气治疗后, 患者呼吸困难明显改善, 生命体征很快稳定, 血气分析指标明显好转(P 均 < 0.05)。两组病死率、住院时间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 NPPV 治疗重症急性左心衰竭能迅速改善患者的临床症状和低氧血症, 可以提高抢救成功率, 缩短住院时间, 是抢救重症急性左心衰竭安全有效的辅助措施。

[关键词] 急性左心衰竭; 无创机械通气; 治疗

[中图分类号] R 541.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2009)06 - 0596 - 04

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2009.06.19

Clinical observation on treatment of severe acute left heart failure with noninvasive positive pressure ventilation ZAI De - fu, LI Ming. Qihe People's Hospital, Shandong 251100, China

[Abstract] **Objective** To observe the efficiency of noninvasive positive pressure ventilation(NPPV) in the treatment of patients with severe acute left heart failure. **Methods** The clinical data of 61 patients with acute left heart failure from January, 2006 to May, 2008 were retrospectively analyzed. In addition to conventional treatment, 33 patients accepted NPPV by a face mask connected to a ventilation set in pressure support ventilation(PSV) and positive end - expiratory pressure(PEEP). The change of clinical symptoms, respiratory rate(RR), heart rate(HR), mean arterial pressure(MAP), arterial blood gas(pH, PaO₂, PaCO₂, SpO₂) of two groups at admission and at 2 hours, 1 day after NPPV were compared. **Results** After NPPV, the clinical symptoms had been improved significantly. All the clinical parameters showed a statistical differences(P all < 0.05) compared with those before NPPV and the routine treatment(RT) group. The mortality was remarkably lower in the NPPV group(9.09%) than that in the RT group(28.57%)($P < 0.05$). The mean length of hospital stay was significantly shorter in the NPPV group than that in the RT group($P < 0.05$). **Conclusion** NPPV can improve symptoms and hypoxemia in patients with the severe acute left heart failure rapidly. It is a safe and effective method in treating the severe acute left heart failure.

[Key words] Acute left heart failure; Noninvasive positive pressure ventilation(NPPV); Treatment