

发生率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，表明两种药物联合应用后患者缺血心肌的血液灌注恢复，心肌损伤减轻，梗死范围得到控制，心室重塑被有效阻止，对降低 MACE 风险产生积极作用。

综上所述，NSTEMI 术后患者经双联抗血小板药物与尼可地尔联合治疗后，不仅心功能极大改善，心肌损伤降低，且 MACE 发生减少。

〔参考文献〕

(1) 徐廷斌. 静脉与经冠状动脉内注射替罗非班对急性 ST 段抬高型心肌梗死 PCI 术后的影响 (J). 包头医学院学报, 2020, 36(3): 5-8.

(2) 戴雯莉, 张京梅. 经皮冠状动脉介入术后抗血小板药物治疗研究进展 (J). 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(2): 250-251, 256.

(3) 张嵌垚, 马淑梅. 静脉注射尼可地尔对行经皮冠状动脉介入治疗的不稳定性心绞痛患者的心肌保护作用 (J). 实用药物与临床, 2020, 23(1): 38-42.

(4) 中国医师协会急诊医师分会, 国家卫健委能力建设与继续教育中心急诊学专家委员会, 中国医疗保健国际交流促进会急诊急救分会. 急性冠脉综合征急诊快速诊治指南 (2019) (J). 中华急诊医学杂志, 2019, 28(4): 421-428.

(5) 郭周威, 杨婷, 张亮. 注射用泮托拉唑钠联合双联抗血小板药物在急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后的应用观察 (J). 中国药物与临床, 2020, 20(5): 780-782.

(6) 牟丽娜, 武晓玲, 张俊岭, 等. 尼可地尔联合依那普利叶酸片对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊 PCI 术后左室重构及同型半胱氨酸的影响 (J). 中国老年学杂志, 2020, 40(2): 231-235.

(7) 武彩虹, 张婕, 沈晓霞, 等. 尼可地尔对老年 ST 段抬高型急性心肌梗死患者 PCI 术后血流动力学、心功能及临床预后的影响 (J). 热带医学杂志, 2020, 20(5): 675-679.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0164-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.078

多次胆道结石术后再发者行胆总管切开取石术 62 例分析

简以增 钟桂红 陈小鹏 徐樟琦

(龙岩市第二医院, 福建 龙岩 364000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨对多次胆道结石术后再发患者行胆总管切开取石术的临床价值。**方法:** 回顾性选取 2017 年 1 月至 2019 年 12 月龙岩市第二医院收治的 62 例多次胆道结石术后再发患者, 均行腹腔镜联合胆道镜配合术中超声下胆总管切开取石术。分析其病例资料, 对其术中情况、疗效、并发症发生进行总结和分析。**结果:** 60 例完成腹腔镜下胆总管切开取石术, 2 例患者因腹腔致密粘连中转开腹。60 例通过腹腔镜下胆总管切开取石患者平均用时 (100.6 ± 11.3) min, 术中平均出血量为 (70.1 ± 20.3) mL, 术后平均住院时间为 (5.1 ± 1.0) d, 术后平均肛门排气时间 (2.1 ± 1.0) d。2 例并发胆瘘, 无切口感染、胆道狭窄、胆道出血等并发症发生。**结论:** 对多次胆道结石术后再发患者行腹腔镜联合胆道镜配合术中超声下胆总管切开取石术安全可行, 其创伤小、术后并发症少且恢复快。

〔关键词〕 再发胆道结石; 胆总管切开取石术; 腹腔镜手术

〔中图分类号〕 R 657.4² 〔文献标识码〕 B

胆石症是一种常见病、多发病, 结石形成病因复杂。多次肝胆管结石手术患者在肝胆外科常见, 因其病程长、并发症多、反复手术等特点, 给肝胆外科医生带来很大挑战^[1]。对多次肝胆管结石术后再发患者结石的治疗, 中基层医院往往采取直接开腹行胆总管切开取石术, 很多指南和共识都将其列为腹腔镜手术的禁忌证或相对禁忌证。现随着腹腔镜技术发展, 腹腔镜下胆总管切开取石术治疗多次胆道术后再发结石在很多医院已逐步开展^[2-4]。2017 年 1 月至 2019 年 12 月笔者科室 62 例多次胆道结石术后再发结石的患者应用

腹腔镜联合胆道镜配合术中超声作胆总管切开取石术, 取得不错的治疗效果, 现将具体情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月至 2019 年 12 月本院收治的 62 例多次胆道结石术后再发患者, 均行腹腔镜联合胆道镜配合术中超声下胆总管切开取石术。其中男 32 例, 女 30 例。年龄 28~86 岁, 平均年龄 (52.0 ± 1.5) 岁; 行第 2 次胆道手术者

〔收稿日期〕 2021-03-18

〔作者简介〕 简以增, 男, 主任医师, 主要研究方向是肝胆外科。

39 例, 第 3 次手术者 17 例, 第 4 次以上者 6 例; 距第 1 次手术时间 0.8 ~ 20 年; 既往作肝叶切除术 6 例; 合并黄疸 46 例, 血清总胆红素 $36 \sim 228 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 直接胆红素 $25 \sim 140 \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$; 合并胆道感染 33 例, 42 例谷丙转氨酶异常, $64 \sim 270 \text{U} \cdot \text{L}^{-1}$; 13 例少量腹水; 胰腺炎 4 例; 2 型糖尿病 8 例。术前均作上腹部磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 及胆道磁共振胰胆管造影 (magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP) 检查。胆总管直径 $0.8 \sim 2.6 \text{cm}$, 肝内外胆管结石 11 例。

1.2 方法

1.2.1 确定腹腔镜观察孔并置入 Trocar 腹腔粘连大多位于右上腹, 观察孔一般选择在离原切口 $3 \sim 5 \text{cm}$, 常在脐下部位。常规在预定位置用布巾钳悬吊腹壁, 超声探查, 明确无肠管黏连于腹壁后, 置入 Trocar。1 例肥胖患者, 3 次手术后, 超声探查不清, 在脐左侧开放气腹并置入 Trocar。气腹压力维持在 $12 \sim 14 \text{mmHg}$ ^[5]。

1.2.2 分离粘连 根据探查情况, 建立 $1 \sim 2$ 个 0.5cm 操作孔, 分离粘连, 常在左侧腹或右下腹。可应用超声刀、电钩、剪刀交替分离, 从疏松处先分。肠管和腹壁致密黏连时, 宁可切除部分腹壁组织。大部分黏连分开后, 可再作 $1 \sim 2$ 个戳孔, 位置常在剑突下、右锁骨中线肋缘下、右腋前线肋缘下, 便于胆道镜取石、置管引流。沿肝脏面进行分离, 显露肝圆韧带、肝十二指肠韧带、十二指肠水平部及降部、网膜孔等重要解剖结构, 经剑突下进入术中超声探头探查, 明确胆总管、门静脉、肝固有动脉后, 进一步分离。

1.2.3 胆总管切开取石 纵行切开胆总管前壁, 切开长度根据结石大小、胆管扩张程度来决定。结石尽量完整取出, 减少腹腔污染。可先通过推挤、 0.9% 氯化钠注射液冲洗, 取出大部分结石。再用胆道镜探查, 网篮取出剩余结石。结石嵌顿时, 采用 U100 双频激光碎石机碎石^[6], 再取尽。用标本袋装好结石取出, 予充吸器冲洗手术野, 吸尽结石碎片。合并肝内胆管结石者, 可配合术中超声探查, 了解是否取尽结石。胆总管置置 $16 \sim 22$ 号“T”管引流。 $4 \sim 0$ 可吸收缝线间断缝合胆总管壁。如无结石残留、胆管炎症轻、乳头开口通畅, 亦可胆总管一期缝合^[7]。再次冲洗腹腔, 网膜孔常规置腹腔引流管引流。“T”管、腹腔引流管从锁骨中线、腋前线戳孔引出。

1.2.4 术后处理 术后常规给予补液、抗感染、对症治疗, 一般不用止血药。术后 $12 \sim 24 \text{h}$ 鼓励患者下床, 术后 1d 开始恢复饮食, 如无胆瘘 $2 \sim 3 \text{d}$ 拔除腹腔引流管。出现胆瘘时延长拔管时间, 胆瘘治愈后拔除。胆总管一期缝合者, 为防止胆漏, 肝下引流管的拔出时间通常在术后第 $7 \sim 8$ 天^[7], $5 \sim 7 \text{d}$ 出院。行胆总管“T”管引流患者, 2 周后夹闭, $4 \sim 6$ 周后经“T”管造影, 胆道通畅, 无结石残留, 拔除“T”管。若有残留结石, 8 周后经“T”管窦道胆道镜取石。对于合并肝内胆管多发结石, 一次手术难以取尽者, 通常留

置 22 号“T”管引流, 以便在术后 $2 \sim 3$ 个月经“T”管窦道取石。

2 结果

60 例多次胆道术后再发结石患者均成功通过腹腔镜下胆总管切开取石术完成手术, 2 例患者因腹腔致密粘连中转开腹。60 例通过腹腔镜下胆总管切开取石患者平均用时 $(100.6 \pm 11.3) \text{min}$, 术中平均出血量为 $(70.1 \pm 20.3) \text{mL}$, 术后平均住院时间为 $(5.1 \pm 1.0) \text{d}$, 术后平均下床时间 $(12.0 \pm 2.0) \text{h}$, 术后平均镇痛时间 $(1.5 \pm 0.3) \text{d}$, 术后平均肛门排气时间 $(2.1 \pm 1.0) \text{d}$ 。2 例并发胆瘘, 术后 2 周治愈, 拔除腹腔引流管。无肠痿、切口感染、胆道狭窄、胆道出血、肠梗阻等并发症发生。

3 讨论

胆石症是常见病、多发病, 肝内外胆管结石患者, 更易复发。胆总管结石的复发或残留所致的再手术在胆管系统结石手术中高达 30% 以上^[8]。对于腹部经历多次手术的患者, 再次手术面临腹腔黏连、解剖结构改变、解剖辨认不清、组织愈合不良等问题, 可导致副损伤、出血等并发症。基层外科医生常采用直接开腹手术, 每次开腹手术均给患者的生理和心理带来不同程度的伤害。笔者经过多年的临床实践, 2017 年 1 月至 2019 年 12 月共实施腹腔镜联合胆道镜配合术中超声下胆总管切开取石术 60 例, 手术效果好, 安全性高, 结果令人满意。总结以下几点体会。

3.1 穿刺孔的定位

腹腔因再次或多次胆道手术而致不同程度的粘连, 造成因此操戳卡穿刺困难, 副损伤概率增大。根据笔者经验, 多次胆道手术, 腹腔粘连大多位于右上腹部, 为避免损伤肠管及血管, 第 1 个操作孔常选择在离原切口 $3 \sim 5 \text{cm}$, 超声探查, 了解穿刺点下是否有肠管与腹壁黏连, 确保麻醉下腹壁松弛。一般均可直接穿刺戳卡。超声探查不清时, 也可改开放法建立人工气腹。进入腹腔镜探查腹腔粘连情况, 通常第 2 个操作孔建立在腹腔粘连较少的左上腹或左中腹部^[9-11]。应用“步步为营”的方略, 分离粘连, 待肝脏显露后, 建立其他操作孔, 位置常在剑突下、右锁骨中线肋缘下、右腋前线肋缘下。便于胆道镜取石、置管引流。

3.2 腹腔粘连分离

多次胆道术后腹腔粘连明显, 分离黏连很关键。分离腹腔粘连通常遵循从周围到中央, 简单、清晰处先分, 按“宁伤腹壁、勿伤腹内脏器”的原则, 用超声刀、电凝钩、剪刀交替分离。显露肝脏后, 常见横结肠、十二指肠、胃窦、网膜和其黏连, 沿肝脏面分离, 好辨认。从上到下、从右往左, 逐步往肝十二指肠韧带分离。

3.3 胆总管的显露

多次胆道术后胆总管管壁变厚, 失去特有的蓝色, 常与肝、胃、十二指肠、横结肠、网膜等紧密粘连。合并肝硬化

者,肝十二指肠韧带血管增生,分离易出血,辨别困难。笔者的经验是肝脏显露后沿肝脏面,紧贴肝包膜自上向下,用电钩小功率电凝分离,边分离边吸引,保持术野清晰。必要时切除部分肝包膜,显露肝圆韧带、肝十二指肠韧带、十二指肠水平部及降部、网膜孔等重要解剖结构。常规配合术中超声定位胆总管,可减少副损伤。

3.4 减少手术创面污染

多次胆道术后再发结石的患者,腹腔黏连明显,分离后创面大。取石过程中结石污染创面,碎片结石多,胆汁外溢,腹腔污染重,术后腹腔积液及术后感染时常发生^[12]。笔者的做法是尽量分离胆总管周围的腹腔粘连,不影响手术区域黏连可不分离;胆总管两侧留置腹腔镜纱布条,吸引器自右腋前线戳孔进入,置于右侧纱布条下持续吸引,吸尽胆汁及冲洗液,又不影响气腹;胆总管切口大小依据结石来定,尽量完整取出结石,并及时以取物袋取出。手术结束前反复冲洗创面,留置引流管。肝内外多发结石,难以一次性取尽,可配合术后经“T”管窦道取石。

结合笔者3年来的临床实践分析,对多次胆道结石术后再发患者行腹腔镜联合胆道镜配合术中超声下胆总管切开取石术安全可行,其创伤小、术后并发症少且恢复快。

〔参考文献〕

- (1) 黄志强. 黄志强胆道外科手术学 (M). 北京: 人民军医出版社, 2010.
- (2) 梁志伟, 潘明新. 腹腔镜技术在肝胆外科中的应用进展 (J). 中国普通外科杂志, 2012, 21(7): 881-885.
- (3) 付庆江, 吴治宇, 孟晓东, 等. 开腹与腹腔镜胆道术后再发腹腔镜胆道手术的比较 (J). 中华肝胆外科杂志, 2017, 23(1): 58-59.
- (4) 余海波, 董亚东, 田广金, 等. 腹腔镜联合胆道镜胆总管探查术治疗复发性胆总管结石疗效观察 (J). 中华实用诊断与治疗杂志, 2019, 33(5): 458-460.
- (5) 李贵全. 腹腔镜胆道探查取石术手术入路及临床疗效 (J). 现代诊断与治疗, 2013, 24(7): 1445-1446.
- (6) 柴伟超, 马涛, 吴荣谦, 等. 激光技术在肝胆外科临床应用的现状与前景 (J). 中华肝胆外科杂志, 2016, 22(12): 862-864.
- (7) 李承良, 李青. 腹腔镜胆总管切开取石术后胆道一期缝合临床分析 (J). 临床医学, 2015, 35(2): 47-48.
- (8) 陈俊杰. 多次胆道取石术后复发的影响因素分析 (D). 福州: 福建医科大学, 2015.
- (9) 严林, 侯静申, 修凤民, 等. 腹腔镜联合胆道镜在肝外胆管结石再次手术中的应用价值 (J). 中国普外基础与临床杂志, 2017, 23(8): 105-107.
- (10) 卢涛, 吴曰清, 杨清波. 腹腔镜胆总管切开取石术在再次肝胆管结石患者手术取石中的应用 (J). 中国实用医刊, 2019, 46(13): 53-55.
- (11) 许俊峰, 郭献廷. 腹腔镜再次胆道手术治疗胆总管结石的外科技巧与应用价值 (J). 中国微创外科杂志, 2017, 17(7): 615-617.
- (12) 梁志勇, 李弼鹏, 刘影. 腹腔镜下胆总管切开取石术并发症的防治体会 (J). 首都食品与医药, 2016, 23(22): 37-38.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0166-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.079

两种术式对前置胎盘孕妇剖宫产术中 胎盘剥离面出血的止血效果比较

和景亚 秦 丹

(平顶山市妇幼保健院, 河南 平顶山 467000)

〔摘要〕 **目的:** 比较分析子宫下段横形环状压迫缝合术 (TACS)、“8”字缝合法在前置胎盘孕妇剖宫产术中胎盘剥离面出血中的应用效果。**方法:** 回顾性选取 2019 年 8 月至 2020 年 7 月平顶山市妇幼保健院收治的前置胎盘孕妇 88 例, 根据治疗方法分组, 8 字组 44 例行“8”字缝合法治疗, TACS 组 44 例行 TACS 治疗。比较两组孕妇缩宫素用量、手术时间、术中、术后 1 d 失血量、子宫切除率、术后 12 h 收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、动脉血氧饱和度 (SaO₂)、脉搏及并发症发生率。**结果:** 两组孕妇并发症发生率、缩宫素用量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); TACS 组术中、术后 1 d 失血量少于 8 字组, 手术时间短于 8 字组, 术后 12 h SBP、DBP、SaO₂ 高于 8 字组, 脉搏频率低于 8 字组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); TACS 组子宫切除率为 0.00% (0/44), 低于 8 字组的 13.64% (6/44), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 应用 TACS 治疗前置胎盘孕妇剖宫产术中胎盘剥离面出血, 可显著减少出血, 缩短手术时间, 降低子宫切除风险, 有利于生命体

〔收稿日期〕 2021-04-27

〔作者简介〕 和景亚, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科方向。