

## 2 结果

首选保守治疗的30例,25例治愈,另5例无效予再次手术治疗,其中2例胆总管漏,3例为胆囊管漏,术后4周至2月治愈。15例再次手术病人治愈12例,时间约4周至2月;另3例中,并发右膈下感染1例,经抗感染后治愈,切口感染裂开2例,经扩创、引流后达Ⅲ/丙愈合。本组无死亡病例。

## 3 讨论

3.1 原因 (1)胆囊、胆管周围炎症重,周围广泛粘连,“胆囊三角”模糊不清,操作不慎易误伤胆管造成胆漏;(2)术中未能及时发现细小胆管损伤,术毕未放置腹腔引流管,造成腹腔内胆汁积存;(3)胆囊管近端扎线脱落;(4)胆总管残留结石、血块、脓苔;(5)T管放置不当,窦道形成不良;拔管时用力过猛而撕裂胆总管;T管脱出或误拔;(6)胆肠 Roux-y 吻合缝合不严密;(7)患者年老体弱,低蛋白血症,糖尿病,或长期应用糖皮质激素等<sup>[1]</sup>。

3.2 预防 胆漏的预防比发生胆漏后处理更重要,方法总结如下:(1)分离胆囊三角时紧贴胆囊壁游离或逆切胆囊,胆囊管残端双重结扎;(2)仔细探查、认真清洗胆总管,以免结石残留;(3)术后常规放置腹腔引流管;(4)胆肠吻合口大小、张力适宜,必要时经肠放置T管以作预防;(5)T管缝合准确严密,外翻缝合;置管3周以上,拔管前夹管2~3天,若无腹痛、黄疸加重等予拔除,拔管时动作轻柔,切忌暴力<sup>[2]</sup>;(6)术前对老年体弱,长期黄疸、低蛋白血症、糖尿病患者,肿瘤患者及长期应用激素者,术前应纠正,给予营养支持及对症治疗。

3.3 治疗 近年来,由于非手术治疗效果有了明显改善,且具有无创和微创的特点,胆漏的治疗策略发生了根本变化。胆漏发生后,不要急于在近期内再行手术,因此时局部炎症较重,手术可加重病情并致修复手术失败。对于胆汁量较小,腹膜炎轻或较局限无中毒性休克或即使胆汁量偏大,但只要有通畅的引流管引流,并经检查证实无明显的胆道损伤者可首选保守治疗:保持原引流管的通畅,B超引导下抽吸胆汁及重新置管引流,经胆道镜取胆管残石以解除胆道梗阻等<sup>[3]</sup>。

若胆汁流量较大,非手术治疗经久不愈,或腹膜炎重,腹腔积液多,肠麻痹重,中毒性休克者,需果断采取措施,尽早手术治疗。处理如下:术中发现有胆汁渗漏首先应检查肝外胆道有无损伤如有用可吸收细线一期修复并于胆道内放置T管引流,使T管跨越损伤部位,起支撑作用,术野同时放置腹腔引流管。当腹腔无渗出液时可将腹腔引流管拔除。T管继续放置到3~6个月。其次应仔细检查胆囊床或附近有无迷走胆管,如有,妥善结扎或缝扎之,并于附近放置腹腔引流。疑有严重的胆管损伤,及时开腹行胆肠 Roux-y 吻合治愈<sup>[4]</sup>。

### 参考文献

- 孟宪瑛,王广义,吕国悦,等. 肝外胆道术后胆汁漏的原因分析及防治[J]. 医师进修杂志,2003,26(4):50
- 黄志强,主编. 当代胆道外科学[M]. 上海:科学技术文献出版社,1998:214
- 王炳煌,李立春,张小文,等. 肝内胆管结石的外科治疗[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,7(10):583~586
- 孟翔凌,徐阿曼,高山城,等. 肝内胆管结石1795例的外科治疗[J]. 中华肝胆外科杂志,2001,10:587~589

# 手转胎头术旋转枕横位和枕后位临床分析

山西省阳泉煤业集团总医院妇产科(045000) 郭宝珍

手转胎头术是徒手纠正胎方位,为处理头位难产的重要手术,可降低剖宫产率,缩短产程,减少产妇痛苦,取得一定效果,现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2000年10月~2002年10月我院分娩总数为2852例,其中难产总数为588例,占分娩总数的20.61%。难产病例中,头位难产485例(82.48%);枕横位和枕后位255例(52.57%)。我们对其中的99例施行手转胎头术,成功91例,失败8例,成功率91.9%,孕妇年龄23~34岁,平均年龄27岁,初产妇81例,经产妇18例。宫口扩张:宫口开大4~7cm者68例,8~9cm者15例,宫口开全16例;儿头在-1~-2者65例,0~+1者21例,+2

以下者13例。

1.2 方法 常规消毒外阴阴道,测量骨盆各径线,估计胎儿大小,无头盆不称的孕妇,当宫口扩张至4cm以上,宫缩良好,若LOP、LOT,术者手心朝上,握住胎头,轻转上推,使胎头松动后,缓缓向逆时针方向旋转,呈右前位时停止旋转,并继续轻握胎头,待有宫缩时引导胎头下降,入盆,相继取出右手,等待自然分娩;若ROP、ROT,术者手掌心朝下,顺时针方向转,呈枕左前位即可。术者一手在阴道内旋转,另一手可在腹壁外耻骨联合上方,帮助胎肩及胎背向前旋转,有利于纠正胎方位。操作时切忌粗暴,一次不成功可反复进行。

1.3 分娩方式 采用手法旋转99例中,自然分娩76例,产钳助娩15例,剖宫产8例,新生儿Apgar评分5~7分11

例,  $\geq 8$ 分 88例, 新生儿体重  $< 2\,500$  g者 5例,  $2\,500 \sim 3\,000$  g者 48例,  $3\,050 \sim 3\,500$  g者 32例,  $3\,550 \sim 3\,950$  g者 7例,  $\geq 4\,000$  g者 2例。

## 2 讨论

2.1 手转胎头术是缩短产程, 降低剖宫产率, 减少产妇痛苦的有效方法, 采用此法可使胎头从最小径线通过骨盆, 降低围产儿死亡率, 转难产为顺产, 操作方便, 成功率高, 见效快, 本组成功率为 91.9%。

2.2 施术者仔细观察产程, 如果有异常, 应行内诊检查, 发现枕横位或枕后位应旋转胎头予以纠正。以宫口开大  $\geq 4$  cm, 儿头在 -2 以下为宜, 人工破水羊水无粪染, 过早处理操作困难, 增加产妇痛苦且不宜成功, 但过迟会影响成功率。

2.3 操作期间连续做胎心监护, 严密观察胎心变化, 若胎心异常, 可能与刺激胎头引起迷走神经兴奋有关, 停止操作, 吸氧即好转, 若与脐带因素有关, 应停止操作, 视宫口开大情况行剖宫产, 或阴道助产结束分娩。本组资料表明, 手法转胎头术, 操作简单易掌握, 可缩短产程, 减少产妇痛苦, 是一种处理难产的有效方法。

### 参考文献

- 1 凌罗达, 顾美礼, 李静林, 等. 头位难产[M]. 重庆: 重庆出版社, 1990: 1
- 2 侯锦蓉, 石应珊, 陈忠年, 等. 对枕后位进展过程的研究[J]. 中华妇产科杂志, 1989, 24(1): 15
- 3 凌罗达, 董绍贤, 蔡汉钟, 等. 胎头高直位[J]. 中华妇产科杂志, 1980, 15(2): 194

# 乳腺癌 patey 式改良根治术 18 例报告

广西横县中医院(530300) 凌 辉

随着人们对乳腺癌认识的提高, 以及辅助治疗方法的不断完善, 近年来乳腺癌手术的趋势从过去的不断扩大到现在的不断缩小, 改良根治术已逐渐成为乳腺癌的主要术式, 我院自 1998 年 2 月 ~ 2001 年 12 月共收治 24 例乳腺癌患者, 其中 18 例采用 patey 式改良根治术(保留胸大肌的完整性, 切除胸小肌), 取得良好的疗效, 现总结报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 全组术前均经病理检验确诊为乳腺癌, 均为女性, 年龄 34 ~ 66 岁, 平均为 45.3 岁, 肿瘤最大直径为 3.0 cm, 最小直径为 1.5 cm, 全组无肿块与皮肤或胸大肌浸润粘连, 肿瘤位于右侧 12 例, 位于左侧 6 例, 术前扪及腋窝淋巴结肿大 11 例, 无双侧乳腺同时存在癌肿者。

1.2 手术方法 切口设计、游离皮瓣及切除乳腺方法同 Halsted: (1) 清除腋淋巴结: 彻底清扫腋上、中、下组及胸大、小肌间的 Rotter 组淋巴结及所有的脂肪组织, 清扫范围同 Halsted 根治术, 本术式要求保留胸大肌的完整性, 切除胸小肌, 同时保留支配胸大肌的胸内、外侧神经及胸大肌的供血动脉、胸肩峰动脉和胸外侧动脉, 在清除腋下组淋巴结时注意保留胸长神经和胸背神经及肩胛下血管。(2) 术后常规于腋下及胸骨旁安置引流管, 如胸壁皮肤有缺损, 予植皮修复, 本组植皮 2 例, 术毕切口妥善加压包扎, 引流管持续负压吸引。

1.3 病理结果 全组术后均清除淋巴结 10 颗以上, 分腋上、中、下及 Rotter 组送病检, 结果腋下组淋巴结全部阳性, 腋中组淋巴结阳性 7 例, 腋上组淋巴结阳性 3 例,

Rotter 组淋巴结全部阴性。淋巴结转移最多达 11 颗, 最少为 3 颗。病理类型: 单纯癌 6 例, 浸润性导管癌 10 例, 髓样癌 2 例, 雌激素阳性和孕激素阳性 14 例。

1.4 疗效 全组治愈出院, 术后并发症: 淋巴漏 1 例, 小面积皮瓣坏死 1 例, 经反复换药近 2 个月后治愈出院。全组随访 2 年以上, 无局部复发或远处转移, 肩关节内收或内旋功能良好。

## 2 讨论

2.1 Patey 式是改良根治术中较为理想的术式之一 改良根治术与传统 Halsted 根治术相比, 其优点在于既达到乳腺癌局部区域根治性清除, 又保留了胸壁良好的外形和上肢功能, 并且其远期效果并不低于传统根治术<sup>[1~2]</sup>, 近年来已成为治疗乳腺癌的主要术式。目前常用的改良根治术有以下几种: (1) Auchincloss 式: 保留胸大肌、胸小肌, 清除全腋淋巴结; (2) Cross 式: 避开胸大肌、切除胸小肌, 清除全腋淋巴结后将胸大肌复位后缝合; (3) Patey 式: 保留胸大肌的完整性, 切除胸小肌, 清除全腋淋巴结。无论是哪一种改良根治术, 都要求做到全腋淋巴结彻底清扫, 又保护好支配胸大肌的神经和供血动脉, 否则就失去了意义。在解剖上, 腋上组、腋中组淋巴结分别位于胸大肌和胸小肌的后面, 尤其胸外侧神经通常有 2 ~ 3 条分支穿过胸小肌分布到胸大肌, 因此, Auchincloss 式不断离胸小肌很难清除胸小肌后方腋中组淋巴结和在其内侧的腋上组淋巴结, 或难以清除干净, 本组腋中组淋巴结阳性达 7 例, 腋上组淋巴结阳性达 3 例, 表明如果清扫不干净则有癌残留局部复发的危险。Cross 式虽然能达到较理想