

文章编号:1005-6947(2007)07-0714-02

· 临床报道 ·

# 胆囊切除术是否常规胃肠减压、留置导尿的探讨

赵晓光, 徐纪玲, 肖桐

(解放军第四一三医院 普通外科, 浙江 舟山 316000)

**摘要:**为探讨胆囊切除术常规胃肠减压、留置导尿的利弊。笔者回顾分析10年间行单纯胆囊切除术726例患者的临床资料。其中常规胃肠减压、留置导尿(I组)380例,非常规胃肠减压、留置导尿(II组)346例。结果示I组痛苦和不透明增加,胃肠功能恢复未见明显改善,有2例因插胃管致环状关节脱位,55例拔除胃管后有咽喉部疼痛或吞咽不适感,35例出现尿路感染。II组术后12例出现腹胀,对症治疗后5例仍需胃肠减压;有23例因尿潴留而留置导尿,出现尿路感染2例。提示术前常规胃肠减压,留置导尿弊多利少。但有少数患者术前或术后需胃肠减压或留置导尿。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):714-715]

**关键词:** 胆囊切除术; 肠胃减压; 留置导尿

**中图分类号:** R657.4 **文献标识码:** B

为分析探讨胆囊切除术是否常规进行胃肠减压、留置导尿,本院1995—2005年间单纯胆囊切除术726例,随机分为常规胃肠减压、留置导尿和非常规胃肠减压、留置导尿两组,观察两组术前、术中、术后的利弊,报告如下。

## 1 临床资料

(1) I组380例,男169例,女211例;19~86(平均51)岁,术前常规备皮刮除阴毛,插胃管予胃肠减压,插尿管并留置导尿。(2) II组346例,男115例,女231例;21~85(平均52.8)岁。

全部病例均先行硬膜外麻醉。13例因麻醉不满意而改插管全麻。手术均采用取肋缘下小切口,共35例因手术困难而延长切口。手术时间一般在40~60min,25例萎缩胆囊炎手术时间120~180min。

## 2 结果

I组因术前准备内容多,造成患者精神紧张,明显增加了患者手术前后心理和生理上的痛苦;部分患者因曾经历过胃肠减压、留置导尿而产生恐惧感,甚至胜过手术本身。胃肠减压后患者咽喉部疼痛不适、唾液增多、呛咳;有2例(0.5%)因插胃管操作不当致环状关节脱位,出现声嘶,经五官科复位治疗后恢复;55例(14.5%)拔出胃管后仍有咽喉部疼痛或吞咽不适感。35例(9.2%)出现尿频、尿急、尿痛等尿路感染症状。

II组因术前大多精神比较放松。II组术后给予维生素B1100mg,维生素B12 0.5mg 肌内注射每日1次,胃复安针

静脉滴注30mg,每日1次。332例(96%)术后24~48h胃肠功能恢复,肛门开始排气。12例术后出现明显腹胀(其中术前明确为慢性萎缩性胆囊炎手术时间长的有6例,恶心、呕吐频繁血容量不足并低钾的3例,合并糖尿病的2例,无特殊原因的1例),再予口服消胀片,腹部行超短波理疗及针灸治疗,其中7例24~48h恢复正常,另5例出现恶心、呕吐而予胃肠减压,48~72h恢复正常,无插胃管并发症出现。有23例(6.6%)因术后尿潴留而予留置导尿,其中术前明确为慢性萎缩性胆囊炎手术时间长的6例,恶心呕吐频繁血容量不足并低血钾的3例,术前考虑有前列腺增生12例,其它2例,经导尿处理后48~72h后能自行排尿。2例(0.57%)出现尿路感染,术后同时予胃肠减压、留置导尿的为9例(2.6%),与I组相比均有差异显著性( $P < 0.01$ )

## 3 讨论

过去胆囊切除术术前准备常规行胃肠减压、留置导尿<sup>[1]</sup>,为手术的成功,患者的恢复起了一定作用。然而随着麻醉技术的进步,新的手术方式、切口的选择,手术操作技巧的熟练与改进,单纯胆囊切除术的时间大多较20世纪70~80年代大为缩短,在全国得到较广泛的普及<sup>[2]</sup>,术中对腹腔胃肠道的干扰明显减少,术后胃肠功能大多在24h左右即可恢复,无需常规胃肠减压避免了给患者增加不必要的紧张和痛苦。但如胆囊炎发作时间长、慢性萎缩性胆囊炎,估计手术难度大、所需时间长,腹膜炎明显者或术后频繁恶心呕吐,长时间未进食,血容量不足、电解质紊乱、糖尿病易出现胃扩张者,心肺、肝肾功能不全、前列腺增生术后易出现尿潴留者需特殊的术前准备<sup>[3]</sup>,术前同时或分别给予胃肠减压、留置导尿;以便手术操作及术中、术

**收稿日期:**2005-11-29; **修订日期:**2007-02-26。

**作者简介:**赵晓光,男,江苏连云港人,解放军第四一三医院主任医师,主要从事普通外科临床方面的研究。

**通讯作者:**赵晓光 E-mail:zsddtc@sina.com

文章编号:1005-6947(2007)07-0715-02

· 临床报道 ·

## B超对肝脾外伤性破裂的诊断价值探讨

郑宏, 谭建平, 李文科, 方文军

(湖南省湘潭市二医院 超声科, 湖南 湘潭 411100)

**摘要:**为探讨B超在肝脾外伤性破裂中的诊断价值。笔者回顾性分析28例肝破裂和41例脾破裂患者的B超声像图特点,并与手术结果进行对照。结果示,28例肝脏外伤性破裂患者中,B超诊断正确者25例,诊断符合率89.3%;41例脾破裂患者,B超正确诊断37例,诊断符合率90.2%。B超提示肝脾破裂口共95处,占手术所见112处的84.8%。提示B超检查方法简单,符合率高,为肝脾外伤性破裂的首选影像诊断方法,特别适于基层医院使用。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):715-716]

**关键词:** 创伤和损伤/超声检查; 肝破裂; 脾破裂

**中图分类号:** R657.32, R657.62

**文献标识码:** B

腹部外伤是外科的常见病,可为车祸、刀伤、坠落、压砸、撞挤伤等所致,超声检查在腹部外伤的诊断中起着重要作用。我院2005年3月—2006年12月共收治69例外伤性肝脾破裂患者,术前均行B超检查。笔者回顾性地将术前B超检查与术中所见进行比较,旨在探讨超声检查对外伤性肝脾破裂的诊断价值,报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

69例中男58例,女11例;年龄9~34(平均18.5)岁。致伤原因:车祸42例,坠落9例,压砸8例,撞击伤4例,挤

压伤4例,刀伤2例。受伤后0.5~4h急诊入院。患者表现为急性腹痛,部分患者伴恶心呕吐,血常规检查白细胞轻度升高或正常,红细胞及血红蛋白减少。入院时休克34例,血压为(70~50)/(40~20)mmHg(1mmHg=0.133kPa)。48例作腹穿,抽出血性液体39例,阳性率为81.3%。

#### 1.2 检查方法

69例患者入院后均行床旁急诊B超检查,由具有多年临床经验的B超主治医师2人进行检查。使用仪器为德国西门子公司SONOLINE-AdaraB型超声检查仪,凸阵变频探头探查,频率为2.5~5.0MHz。患者取仰卧、左侧或右侧卧位。从剑突下→右肋间→右肋缘下依次扫查肝区,左肋间扫查脾区,观察肝脾包膜回声是否连续,如有回声中断,记录中断处部位及数目,并观察实质内回声是否均匀,附近是否有液暗区,常规全腹部探查有无腹腔积液。注意检查中切莫用探头加压检查,亦不要随意搬动患者,以免加重出血或引起再出血。

**收稿日期:**2007-05-09; **修订日期:**2007-07-06。

**作者简介:**郑宏,女,湖南湘潭人,湖南省湘潭市二医院主治医师,主要从事超声检查诊断方面的研究。

**通讯作者:**郑宏 E-mail:billing12@126.com

后观察尿量合理补液及便于护理,本组术后予胃肠减压12例中的11例(91.7%),留置导尿23例中的21例(91.3%)与上述因素有关。II组中98.6%的患者免除了肠胃减压的痛苦,也使肠胃减压后咽喉疼痛及吞咽不适发生率明显下降,术后出现明显腹胀经药物及针灸、理疗不能缓解后再行胃肠减压也可予以弥补。留置导尿管的II组6.6%;尿路感染亦降至0.57%,与I组比均存在差异显著性( $P < 0.01$ )。笔者的经验是考虑到手术时间长,或患者血容量不足,或高龄患者前列腺增生及伴有心脏疾患,肝肾功能不齐全等,术前予留置导尿,以便于观察尿量、调整补液量及速度。此外为减少痛苦,降低尿路感染发生率,即使有上述情况,也无需急于留置导尿,术前可让患者排尽小便,术后如出现尿潴留,再及时实行留置导尿配合,也为时不晚。

根据本组资料分析,笔者认为,胆囊切除术前不必常规胃肠减压及留置导尿,可根据患者的具体情况而定,把

是否需要术前胃肠减压及留置导尿作为患者诊治过程的一部分加以分析,给予较合理的治疗,不必让每个病例都尝试胃肠减压、留置导尿之苦。如果术后患者病情需要,也可再及时行胃肠减压或留置导尿。医生的细心观察、分析思考可为绝大多数患者减少精神或生理上的痛苦及经济负担,这也是以人为本的社会-生理-心理医学模式的一种体现。

#### 参考文献:

- [1] 黄志强. 黄志强肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993.338-341.
- [2] 刘永雄.“小”手术大学问-谈作好胆囊切除术[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
- [3] 黎介寿,吴孟超,黄志强. 普通外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2005.670-685.