

进,用弹性金属丝制作,提高了成功率。1973年开始使用可随意改变方向的网篮导管,进一步提高了取石效果。1979年,国内学者也开始自行设计并应用于临床,收到了良好的效果^[1-3]。但网篮取石技术在我国尚未普及,报道较少。

文献认为本手术的适应证与禁忌证如下:

1. 适应证 ①总胆管残余结石,且有T管窦道。②总肝管或肝内I级胆管内残余结石,且有T管窦道。③胆囊造瘘术后,胆囊内有残余结合。
2. 禁忌证 ①胆管内嵌顿性结石。②肝内II级胆管分枝以上的胆管结石。③T管窦道过曲、过长。④急性感染或出血^[1-3]。

经T管网篮取石术治疗胆总管残余结石国内较少开展,掌握其介入技术要点和技巧是取石成功的关键。①取石术应在T管置入5~6周后,待T管窦道内肉芽组织纤维化后方可进行,可减少取石引起的出血和感染;②取石术前3日给予抗菌素以预防感染;③取石前先行T管造影了解结石大小、部位和数目;④根据结石的大小决定取石时是否保留T管;⑤经T管或拔出T管后,沿T管、窦道插入导丝,导丝超越结石部位;⑥沿导丝插入导管鞘;⑦退出导丝插入取石网篮至结石处,展开、旋转取石网篮套取结石,入篮后收紧取石篮,同

时拔出导管和取石篮;若结石太大无法经T管取出时,可待结石进入T管时同时拔出T管。注意拔出T管前沿T管插入导丝以免T管再置或引流管置入时发生困难。⑧取石网篮无法到达结石处或结石太大网篮无法展开时,可采用以下方法处理:用球囊导管将结石拖至胆管最宽处,再用网篮套出;用血管造影导管将结石冲至胆管最宽处再用网篮取出;T管再置或引流管置入。由于病情需要,或结石未能全部取净,须再置T管时,可将T管两臂并拢后剪一小孔,沿导丝插入至胆总管,若仅需置入引流管,则沿导丝插入至胆总管胆汁流出通畅即可,必要时可试注造影剂明确管端位置。

本组对5例胆总管切开取石术后残余结石患者行经T管网篮取石术,均获得了成功,共取出结石13枚,免除了二次胆道手术。该介入技术的推广应用必将受到临床医师和残余结石患者的欢迎。

参考文献

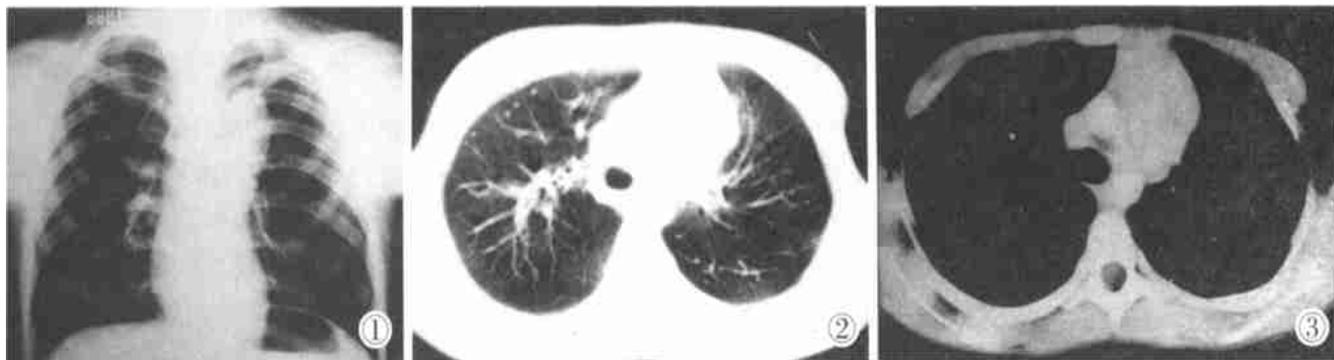
- 1 刘国礼. 经T管窦道用取石治疗胆道术后残余结石. 北京医学. 1980, 2: 273.
- 2 吴恩惠, 刘玉清, 贺能树. 介入性治疗学. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 317.
- 3 Burhenne HJ. Nonoperative retained biliary tract stone extraction: A new roentgenologic technique. AJR. 1973, 117: 388.

(1999-09-07 收稿)

· 读片追踪 ·

有奖图片读解

余文昌 周燕发



患者 男,14岁。2月前因发热、咳嗽,不伴盗汗,到当地医院拍胸片发现心影异常而疑为先天性心脏病,经抗炎治疗,发热、咳嗽症状消失,以先天性心脏病入院求治。体检:体温36.7℃,脉搏80/min,血压13.3/9.3kPa,双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性罗音。实验室检查:WBC $6.44 \times 10^9/l$, RBC $4.09 \times 10^{12}/l$ 。

胸部正位片示:左侧纵隔旁(约平II到III前肋间水平)见茄形块影,密度高且均匀,内缘紧贴纵隔,外缘光整,左上肺门被

块影掩盖,余无异常(图1)。

胸部CT扫描:肺窗示左上肺野前纵隔旁见一团状致密影,外缘与左上肺分界清楚,周围肺内清晰(图2)。纵隔窗示前上纵隔左缘见3.0cm×6.1cm×6.0cm的软组织肿块,CT值99Hu,密度均匀,边界清晰,其内缘同胸腺间有脂肪透亮影(图3)。

从以上临床资料及影像学表现,您会考虑哪几种疾病?哪一种可能性最大?

正确结果见下期,解答正确者有奖。