维普资讯 http://www.cqvip.com

的张力强度即可达 50 ~ 100 g/cm^2，并逐步加强[2]。而传统的自发性气胸行胸腔闭式引流的经验认为，插管成功，导管持续溢出气泡，压缩的肺可在几个小时至数天内复张。如未见气泡溢出 1 ~ 2 d，可以夹管 24 ~ 48 h，经 X 线复查如肺全部复张，即可拔除引流管[3]。本文资料显示，气胸的胸腔闭式引流在肺复张并停止漏气后 48 h 拔除引流管是安全的，这与创伤一期愈合的时间过程相吻合。而 24 h 拔管导致近半数的气胸复发，提示此时间内损伤的胸膜破裂处愈合尚不牢。而大于 48 h 拔管者无复发的结果亦提示，脏层胸膜的修复已达可安全拔管的程度。尽管在创伤愈合过程中有诸多物理、化学和生物因素（包括个体差异）参与，并发挥着不可或缺的作用，然而，时间因素的独特价值是不容忽视的。本文中 C 组（72 h 及以上）与 B 组（48 h）无明显差异的情况说明，将拔管时间缩短至 48 h 仍然是安全的。为保证脏层胸膜损伤后达修复满意程度，本文的经验提示，将拔管时间选择在肺复张并停止漏气 48 h 后是可行的和适宜的。

[参考文献]

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第10版. 北京：人民卫生出版社，1997. 1482 - 1485.

[2] 吴阶平，裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2004. 15 - 22.

[3] 叶任高，陆再英. 内科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2004. 110 - 115.

（编辑：余汇洋）

35 例急性胰腺炎的临床分析

Clinical analysis of 35 cases of acute pancreatitis

冯地忠[1]，孟 镔[1]，孟迪生[2]，胡振龙[1]（1. 安徽理工大学医学院解剖学教研室，安徽 淮南 232001；2 鹤岗矿务局总医院，黑龙江 鹤岗 154100）

[关键词] 胰腺；胰腺炎；手术
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2006)01 - 0028 - 02

急性胰腺炎是腹部外科的常见病，不仅是胰腺的局部炎症病变，而且是涉及多个脏器的全身性疾病。本文收集了有完整资料的急性胰腺炎经手术治疗的患者 35 例，在此进行临床解剖学分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 35 例病人，男 22 例，女 13 例，男女比例为 1.7∶1。年龄 23 ~ 80 岁，平均 39.8 岁。35 例病人均有不同程度的腹痛和压痛，绝大多数中上腹痛剧烈，偏重于左上腹或右上腹痛各 1 例。其中 31 例呈中度发热，4 例呈高热表现。恶心、呕吐 32 例，其中呕吐物为胃十二指肠内容物 29 例，咖啡样 3 例。全部病人伴有不同程度的腹胀，其中以上腹为主。肠鸣音有不同程度的减弱，17 例排便、排气停止。

1.2 手术方法

全部病人取上腹正中切口或上腹部横切口打开腹腔，在直视下进行胰腺部分切除术，术后随访 4 月至 5 年，平均随访时间为 2.9 年。

2 结果

胆汁返流 10 例（28.6%），十二指肠液返流 9 例（25.7%），过量饮酒 9 例（25.7%），胰腺缺血 4 例（11.4%），胰腺外伤 2 例（5.7%），感染 1 例（2.9%）。临床分型以水肿性胰腺炎为主，共 27 例，其次是出血性胰腺炎 8 例。术后并发症分别是：急性胰腺假囊肿 3 例（8.6%），胰腺脓肿 2 例（5.7%），胰腺坏死 1 例（2.9%），胰瘘 1 例（2.9%），复发 1 例（2.9%）。

3 讨论

急性胰腺炎的手术指征包括：诊断不确定；继发性胰腺感染；合并胆道疾病；虽经合理的支持治疗，而临床症状继续恶化[1-2]。手术以上腹正中或上腹横切口为宜，把胰腺上下的后腹膜切开，游离胰腺，减少胰腺的张力，以减轻周围组织对胰腺的损伤。对已坏死的胰腺组织进行轻柔的清除，以免损伤胰管，且胰管的引流管必须在腹壁上另行戳口，以避免胰液消化切口，造成伤口裂开。术后液体输入不足是出血性胰腺炎术后的常见问题。输液时适当使用利尿剂。它不仅可以排出毒素，而且还可以减少或防止肺部以及肾脏的并发症。在静脉滴注时，应不断测定电解质，防止低血钾的发生。急性胰腺炎手术患者的营养与进食问题应高度重视，往往因掌握不当导致胰腺炎复发。进食是要求在不增加胰液分泌的情况下保证足够的热量。一般在手术引流后 10 d 内，应以深静脉高价营养供给热量。10 d 后可以胃造瘘或空肠造瘘管内注入要素饮食。病人口服流质的时间通常以两周后为宜，要在症状好转且淀粉酶正常后才能逐渐开始。

防止并发症的发生是治疗急性胰腺炎的又一重要环节。在明确诊断后必须去除病因，防止胰腺的继续破坏，并立即采取相应的对症处理，并根据病情选择是否手术[3-4]。胰腺炎的病情发展不是静止的，这就要求术者要有熟练的操作技术。丰富的理论知识以及正确掌握手术适应证，就会避免许多并发症。由

[收稿日期] 2005 - 08 - 16 [修回日期] 2005 - 11 - 09

维普资讯 http://www.cqvip.com

于胰腺各部的功能不同,不同术式的效果也将有所区别,这就要求必须要有准确到位的术后护理和管理来防止术后复发。

[参考文献]

[1] 赵 伟,张启文,吕振惠,等.胰腺损伤13例分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2004,7(12):1217.
[2] 马木提江,温 浩,陈启龙.急性胰腺炎的肠内营养治疗[J].中国普通外科杂志,2004,13(10):774-776.
[3] 芮 理,李厚祥.手术后胰瘘的处理:附20例分析[J].中国普通外科杂志,2004,13(10):770-771.
[4] 蓝祥海,董洪亮,周业江.闭合性胰腺损伤的诊断和治疗[J].中国普通外科杂志,2004,13(10):767-769.

(编辑:蒋登金)

35例前置胎盘期待疗法临床分析

The expectant treatment for 35 cases of placenta previa

徐超珉,袁 军 (百色市人民医院妇产科,广西 百色 533000)

[关键词] 前置胎盘;期待疗法
[中图分类号] R714.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)01-0029-01

前置胎盘是严重威协孕产妇、胎儿生命主要疾病之一,降低前置胎盘的发生率,提高新生儿的存活率是医务人员的共同目标。我院2000年1月至2005年8月住院孕妇3 210例,其中前置胎盘患者35例,采用期待疗法提高了新生儿的成活率。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

住院孕妇3 210例,其中前置胎盘35例,发生率1.09%,与国内报道发生率0.24%~57%相符[1]。年龄18~35岁,平均年龄26.5岁。剖宫产术24例,阴道分娩8例,未分娩出院3例。入院时血压不正常7例,休克7例。

1.2 方法

对出血量少不危及生命,孕周小于35周者均采用期待疗法:①绝对卧床休息,左侧卧位,严密观察阴道出血情况;②积极纠正贫血,血色素低者给予输血;③采用硫酸镁抑制宫缩,5%葡萄糖40 ml加硫酸镁4 g,缓慢静注,速度以硫酸镁1 g/h静滴。适当给予镇静剂,同时口服舒喘灵每次4.8 g,8 h一次,直到阴道流血停止3 d;④避免局部刺激,尽量减少不必要的检查,避免性生活;⑤严密观察胎心变化,计算胎动次数,并通过B超监测胎盘成熟度及胎儿发育情况[1]。

2 结果

33例前置胎盘产妇经保守治疗后,孕周<35周终止妊娠者9例,孕周≥35周终止妊娠者23例。胎儿因早产及窒息死亡10例,其余23例均成活。

3 讨论

3.1 前置胎盘与流产的关系

多次刮宫、多次分娩、产褥感染、子宫瘢痕等均可引起子宫内膜感染,受损是引起前置胎盘的主要因素[2]。自从开展计划生育以来,多胎生育引起的前置胎盘发生率明显下降。而许多女青年,尤其是未婚青年对流产的近期、远期的併发症认识不足,使她们忽略了避孕措施,而把流产作为控制生育的手段而使子宫内膜多次感染。

3.2 降低围产儿病死率

妊娠时孕周<35周与≥35周围产儿病死率有显著差异($P<0.01$),因孕周>35周胎肺才基本成熟具有生存能力,所以前置胎盘出血如发生在<35周前胎儿娩出病死率高,特别是没有经过促胎肺成熟治疗者。因此,前置胎盘出血不多,生命体征平稳者,采用期待疗法。治疗延长孕周36周±2周,新生儿体重2 500 g以上最好。妊娠征的胎儿肺脏有早熟现象,<35周亦可出现羊水卵磷酯/硝磷酯≥2的现象,此类病人有时也可以在33周终止妊娠,以免危及母婴生命安全。

3.3 抑制宫缩减少出血

随着妊娠月份的增加子宫下段逐渐伸展,位于子宫的胎盘不能相应伸展,而与其附着处剥离,血窦破裂出血,宫缩会加重子宫下段与胎盘错位导致阴道流血,因此抑制宫缩是治疗前置胎盘阴道流血的重要措施。宫缩抑制剂有多种,如硫酸镁加(或)舒喘灵或羟苄羟麻黄碱,抑制前置胎盘出血效率大于96.15%[3]。

曾收治一位孕24周,有习贯性流产多次刮宫的前置胎盘患者,经过期待治疗到37周而剖宫产,获得体重3.2 kg男婴并健康成长,此例进一步说明中期妊娠的前置胎盘,同样可采用期待治疗,降低围产儿的病死率。

[参考文献]

[1] 提汝曼,赵建萍.前置胎盘期待疗法的体会[J].现代中西医结合杂志,2004,13(3):368-369.
[2] 程怡民,李 颖,郭 欣,等.中国重复流产状况和规范化流产后服务的必要性[J].中国实用妇产科与产科杂志,2004,20(9):571-573.
[3] 曾蔚越,刘丽红,罗 艳.前置胎盘阴道流血与宫缩关系81例分析[J].实用妇产科杂志,2003,19(1):35-36.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2005-10-16 [修回日期] 2005-11-01