维普资讯 http://www.cqvip.com

湿敷,可起局部消炎、脱水及消肿作用。

2 结果

经过本组52例患者局部换药,2~3 d红肿明显减轻,坏死组织分泌物明显减少,创面表面肉芽新鲜,疼痛减轻,全身症状缓解,无不适,细菌培养报告:10例为葡萄球菌生长,3例为表皮葡萄球菌生长,39例无细菌生长,创口愈合时间为9~30 d,平均为19.5 d。

3 讨论

莫匹罗星软膏为聚乙二醇亲水性软膏,有改善局部血液循环,促进肉芽组织生长等作用。对与感染有关的各种革兰氏阳性球菌具有高度的敏感性,与其它抗生素无交叉耐药性。临床应用简单、安全、效果显著、疗程短、药价便宜、应用面较广。本组52例均无明显药物副作用,未见不良反应,易于患者接受。

(收稿日期:2003-03-26)

门静脉高压症全脾或大部脾切除术后再出血的问题

韩 力* 史炼钢** 史君恺**

目前外科治疗门静脉高压症的术式繁多,诸如各种分流术,断流术,联合性手术(分流加断流术)以及单纯性脾切除术等。其主要目的是处理食管胃底曲张静脉破裂出血和脾肿大、脾功能亢进等,而对引起门静脉高压症的基础病变肝硬化无直接治疗作用。因而,各种手术虽然在控制、预防门静脉高压食管静脉曲张出血中取得了一定的疗效,但并不令人满意,其术后均有发生再出血的可能,并且是影响预后的主要因素。门静脉高压症术后再出血死亡率高达30 %以上,术后再出血率为15 %左右,分流术后再出血率为5.6 %~14.6 %;断流术后为6.9 %~20 %;联合性手术为7.6 %;单纯性脾切除术为24 %~30 %。

1 临床资料

我院自1985年10月至2001年5月采用手术治疗门脉高压症共148例;其中大部脾切除术36例,全脾切除术112例,后者附加贲门周围血管离断术92例,食管下段胃底切除食道胃吻合术12例,联合性手术9例。术后再出血16例,全脾切除术后再出血14例(12.4 %),脾大部切除术后再出血2例(5.6 %),外院手术后转至我院9例,均为全脾切除术。共收治25例术后再出血病例。本组男性18例,女性7例。年龄13~67岁,平均46岁。再次出血在术后7 d~26年不等,平均6.7年。全组均有乏力、心窝部不适、柏油便,有时吐血、重度贫血等出血表现。急诊胃镜检查:食管静脉曲张9例,重度5例,中度4例。9例有食管下端及胃粘膜广泛糜烂或伴有弥漫性出血或形成急性溃疡伴出血。B超、CT及MR检查;7例有门静脉血栓形成。肝功能按Child分级;A级4例,B级8例,C级13例。3例死于大出血合并肝衰。非手术治疗5例;TIPSS手术5例;采用经胸入路离断食管下端和胃底周围血管并行食管下端横断、吻合器重新吻合。经胸门奇断流术4例;经内窥镜行食管曲张静脉圈扎术6例;分流(肠腔分流术)加断流术2例,止血效果基本满意。典型病例介绍如下:

病例1,男性,67岁,肝炎病史30年,1995年10月呕血,柏油便,休克住院。经三腔气囊压迫未控制出血,急诊手术行全脾切除贲门周围血管离断术。术后半年再出血,反复发作。由于患者一般情况差,衰竭,不能忍受手术,故经内窥镜行食管曲张静脉橡皮圈结扎术;术后控制出血,生命质量明显提高。

病例2,女性,49岁,1980年因门静脉高压症大出血于外院行贲门周围血管离断术。96年再次大出血,合并腹水、轻度黄疸,肝功能C级.在局麻下行TIPSS,止血效果满意。

病例3,男性,50岁,1987年行全脾切除脾胃静脉吻合术,1999年再次出血。于全麻下经左侧第7肋间开胸,游离结扎食管贲门周围血管,切除食管下端与贲门胃底,食管胃吻合,术后恢复良好。

2 结果与讨论

门静脉高压症手术后再出血的原因复杂,可来自食管静脉曲张;亦可来自胃部或其他疾病.无论是食管静脉曲张出血,还是门静脉高压症性胃病变出血或门静脉血栓等,均为首次手术未能有效降低胃脾区的门静脉压力,未能根除食管胃部静脉曲张所致。引起门静脉高压症的主要原因是肝硬变,而目前用于食管、胃静脉曲张的各种手术都是针对出血,术后肝硬变这一引起门静脉高压症的根本因素仍然存在。在分流术中,血管吻合技术如何,门奇断流术中,断流的范围与彻底怎样,都直接影响手术效果。肝功能不良是早期出血的一个重要因素。晚

* 作者单位:116100 辽宁省大连市金州区人民医院
** 大连市中心医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

期肝硬化病人常伴有凝血机制障碍，更易发生上消化道出血。门奇断流术以其不影响肝脏的门静脉血供的优点已被广泛首选用于治疗门静脉高压症并发上消化道出血。断流术中又以手术范围不大，创伤较小，止血作用确切的贲门周围血管离断术为最常用的术式。肝硬化变导致门静脉压增高，而增高的门静脉压又是维持门静脉血向肝灌流的重要保证，对肝细胞再生和其功能的改善有重要的作用；但同时增高的门静脉压也是食管静脉曲张和出血的重要病理基础，也潜伏了食道静脉曲张复发和术后再出血的可能性。正常情况下，胃粘膜血流的90％流经胃粘膜，充足的血流灌注是防御粘膜病变的重要因素。当肝硬化门静脉高压时，胃粘膜下层静脉高度扩张，易形成静脉断路，使胃粘膜下层的有效循环血流下降，胃粘膜营养障碍，最终粘膜发生病变。尤其是断流术后，门静脉血栓形成，可使门静脉压力进一步上升。由于门静脉系统压力增高而引起胃壁血管病变及胃静脉回流受阻，造成胃粘膜缺血水肿，微循环血流减少，粘膜屏障破坏，促使胃粘膜病变发生和加重，导致胃粘膜出血。90％以上的食管静脉曲张急性出血都可用非手术疗法控制。术后出血者无论肝功能属于何级，急诊手术死亡率明显增高，应首先非手术疗法，力争于控制出血后施行择期手术；尤其倡导生长抑素的应用，因其能有效降低门静脉压力，并且副作用较小而在临床上广泛应用。由于肝功能损害和侧支循环的开放，血液中多种有血管活性作用的递质浓度发生改变，它们通过影响门静脉阻力或门静脉血流量改变了门静脉压力。生长抑素能抑制体内多种激素的释放，它通过改变内脏血流量而降低门静脉压力，并可使胃粘膜层高动力循环明显缓解。对积极非手术治疗出血仍不能控制或出血已控制但短期内复发者，即使属肝功能C级，只要没有严重黄疸、腹水、脑病或心肺肾严重合并症，均应考虑急诊手术。因为反复出血可使病人肝功能及全身情况恶化，甚至失去手术治疗机会。具体术式应根据首次术式、肝功能、全身情况及医生所掌握的技术情况而定。如已行单纯脾切除，则可加行门奇断流或分流术；已行门奇断流者，加行分流术；已行分流术者，加行门奇断流等。如病人情况差，难以耐受较长时间的手术或其他原因不能施行复杂手术时，可采用TIPSS手术或食管静脉结扎术等以抢救病人的生命。

肝硬化的存在是门静脉高压症术后再出血的根本原因。只有肝移植，才能去除肝硬变并发门静脉高压症的根本原因——肝硬变。随着经验的积累和移植观念逐渐被人们所接受，肝移植将是门静脉高压症外科治疗的必然发展趋势。

（收稿日期：2002－10－07）

人工桡骨远端的设计及置换手术二例报告

宋玉杰* 郑灿京* 张 浩* 李双齐*

人工骨和人工关节已广泛应用于临床，但人工桡骨远端的置换，国内鲜有报道。我科分别在1998年和2001年治疗桡骨远端骨巨细胞瘤中，设计和应用人工桡骨远端假体置换治疗二例病人，总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例1，男，55岁，1998年4月入院，主诉右前臂下段肿痛半年，近一个月加重。查体：右前臂远端肿胀，触之乒乓球感，腕关节活动明显受限。一般状态好，心肺正常。各项化验检查正常。

病例2，男，63岁，2001年3月入院，主诉在腕部肿痛三个月，进行性加重。查体：肿物偏桡侧，质硬，无波动，触痛（＋），腕关节活动受限，皮肤色泽正常，无浅静脉怒张。一般状态好，心肺正常，各项化验检查正常。

二例病人的X光片均显示桡骨远端呈偏心性、溶骨性破坏，病变大小分别为3 cm×3 cm和2.5 cm×3 cm，骨皮质变薄，膨胀，边界清楚。二例病人均通过病理诊断为：骨巨细胞瘤Ⅱ级。

1.2 人骨桡骨远端假体的设计制造

根据桡骨远端的形状及X光片显示的瘤体的大小，我科同北京医疗器械厂共同设计、模拟制造了相应的钛合金人工假体，特点如下：①假体关节面：掌侧倾斜10°、尺侧倾斜20°，尺侧有一凹面以接纳尺骨头，形成尺桡关节。②假体长5 cm，形似桡骨远端，背侧有三条纵沟，以利伸肌腱通过。③假体柄呈螺旋圆栓形，长6 cm，以达桡骨中上1/3，直径在0.6 cm左右（根据X光片中桡骨直径计算）。

1.3 手术方法及置换术要点

（1）采用桡骨远端背侧纵行切口，长约12 cm，暴露要充分，手术前应用止血带，驱血从肿瘤上方开始，手术过程中分离时注意勿损伤桡动脉。（2）肿瘤切除及假体安装：根据X光片的

* 作者单位：150040 黑龙江省红十字医院骨科