维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2001,Vol. 10,No.4

胰瘘合并腹腔脓肿经引流管冲洗治疗的体会

郭宏斌* 于福芳* 黄 艳*

胰瘘是由外伤、出血坏死性胰腺炎或胰腺手术等引起的并发症，一旦合并腹腔脓肿，其治疗甚为棘手。2000年，我院收治2例，经用引流管冲洗配以抗炎、静脉高营养支持治疗均治愈，现将治疗体会总结如下。

一、资料和方法

1．临床资料：病例1，男性48岁，入院前8小时，上腹被马踢伤，伤后上腹剧痛，2h后腹痛弥漫全腹。检查，T 37.8℃，P 96次/min，R 24次/min，BP14/10kPa，上腹剑突下可见一直径约15cm的圆形瘀斑，全腹压痛，反跳痛和肌紧张，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱，腹部立位X线片示右膈下游离气体，腹穿抽出5ml淡黄色混浊液体，WBC16.2×10⁹/L，急诊于全麻下行剖腹探查术，术中见十二指肠水平段有2cm裂口，胰头部挫伤瘀血水肿，腹腔内有大量渗出液及脓苔，术中将十二指肠裂伤缝合修补，胃空肠吻合、胆总管切开"T"型管引流，并于十二指肠修补处腹膜后间隙和盆腔各置引流管一枚，术后第3天，持续高热，T 39℃，每日从上腹引流管引出脓性液体300ml，引流液淀粉酶测定2030U，镜检白细胞和脓细胞满视野，经胃十二指肠减压管注入美兰观察，排除了十二指肠瘘和胃空肠吻合口瘘，B超报告：肝肾间隙有液性暗区，提示：脓肿。诊断：外伤性胰瘘合并腹腔脓肿。在联合应用抗菌素治疗和静脉高营养支持治疗的同时，采用初期（术后一周）经引流管向脓腔内注入配制的抗菌素溶液，中期（术后两周）经引流管向脓腔内注入抗菌素溶液冲洗，后期（术后三周）经引流管注入生理盐水和抗菌素溶液，大量彻底冲洗的治疗方法，病情明显好转，术后28天拔出引流管，32d治愈出院。病例2，男性，28岁，左上腹被刀刺伤伴全腹痛四小时，查T 38.6℃，P 110次/min，R 20次/min，BP12/8kPa，失血貌，左上腹有2.5cm斜形伤口，全腹有压痛，反跳痛和肌紧张，肠音弱，腹部X光片示左膈下有少量游离气体，腹穿抽出约15ml，不凝血性液，镜检：RBC++++，PC+，WBC++，当日急诊手术，术中见脾裂伤出血，结肠脾曲破裂，胰尾破裂，腹腔有血液约1500ml，行脾切除，结肠及胰尾裂伤缝合修补，于胰尾处及盆腔各置引流管一枚，术后开始，左上腹引流液呈淡红色，第4天逐渐转为脓性，每日量出200ml左右，引流液淀粉酶测定2000U（苏氏法），镜查，白细胞和脓细胞满视野，B超报告：左膈下7.5cm×4.5cm的液性暗区，提示：膈下脓肿，诊断，胰瘘合并左膈下脓肿。应采用病例1的治疗方法，术后32d起，引流液明显减少，且转为淡黄，半透明，连续3天每日量约5～8ml，闭管3天后，患者感觉无异常，复查B超，左隔下液性暗区消失，拔引流管，治愈出院。

2．抗炎冲洗液的配制和用法

通过对致病菌的培养，选择药敏较强的抗菌素，分别从静脉滴注和配制抗炎液冲洗。如本组2例，静脉滴注的分别是头孢哌酮和头孢三嗪。抗炎液由庆大霉素和生理盐水混合配制（庆大霉素30万U+0.9%氯化钠250ml），当发现引流管有脓性液体流出时便可向引流管内注入抗炎液，每日1～2次，每次10～15ml左右。此时，即使脓腔未局限固定，少量的冲洗液也不会使炎症扩散，如引流通畅，以后冲洗液量可逐渐增加，最多可用200～250ml，但时间要求在术后三周，因为这时脓肿已形成完整的包膜，并有一定的厚度，可耐冲洗的压力，不会导致脓肿壁破溃，脓汁蔓延。值得提出的是，开始冲洗时，注入的抗炎液速度要缓慢，并注入一定量后，立即抽吸出，如能抽吸出第一次注入液体量的1/2以上时，可再二次给药冲洗。如果注入的液体不能完全抽吸出来，分析有两种可能，第一，脓腔未完全固定，此时可间断经引流管向脓腔注入少量的抗菌素，待脓腔固定后再冲洗。第二，引流管相对于脓腔底部的位置偏高，应先调整好引流管的深度和方向，待引流管通畅后再做冲洗。另外，在冲洗的过程中，如发现阻力大时，不要强行注药冲洗，避免因压力过高，导致脓腔包膜破溃，而污染腹腔，可令病人向引流管侧卧位，使脓腔内液体自然流出后，再做冲洗，直到抽吸出的液体，转为澄清时止。

二、结果和讨论

本文认为发生胰瘘并发腹腔脓肿的主要原因是引流管引流不畅，漏出的胰液蓄积在腹腔内，消化周围组织，造成局部组织坏死而继发感染，其次是切口感染，细菌沿引流管侧壁逆流入腹，引起感染形成脓肿。

胰瘘并发腹腔脓肿，临床治疗较为棘手，目前常用的治疗方法是支持治疗，充分引流和选用广谱有效的抗菌素抗炎，本文体会："支持治疗"主要是实施全胃肠外静脉高营养疗法，每日从静脉输入一定量的氨基酸（250～500ml）脂肪乳（500ml），全血或血浆、糖盐水、多种维生素和微量元素，保证肌体内供能和纠正水电酸碱失衡，同时给施他宁（6mg）抑制胃液和胰液的分泌，让胰腺"休息"。"充分引流"是指在脓肿为多房性时，引流不能充分彻底，如果脓肿的时间过久，脓肿间隔增厚，也不利于引流，采用经引流管加压冲洗时，水流的冲力能够部分破坏脓腔内的间膈，起到彻底引流和清除脓腔内的坏死组织与脓栓的作用。在选用广谱有效的抗菌素治疗方面，本文体会：在静脉滴注抗菌素的同时，采用初期向脓腔内注入抗菌素溶液，中期应用少

*作者单位：111300 辽宁省灯塔市中心医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

量的抗菌素溶液冲洗，后期用生理盐水和抗生素溶液大量彻底冲洗脓腔的治疗方法，使敏感药物直接作用于脓腔内，起到直接消炎的作用，有利于胰腺周围炎症的尽快消退，促进了胰瘘的闭合，避免炎症的扩散，缩短了疗程，此外，该方法还可用于其它疾病引起的膈下脓肿及盆腔脓肿的辅助治疗。

（收稿：2001-08-07）

髌韧带重建前交叉韧带的治疗分析（附26例报告）

王　鸿*

膝关节是人体最复杂的关节。前交叉韧带对维持膝关节正常生物力学功能是必须的。前交叉韧带损伤是一种常见的严重膝关节损伤，若未得到及时治疗，势必造成膝关节的不稳定，进而导致继发半月板损伤和骨性关节炎。前交叉韧带损伤的修复方法有很多种，重建的材料也有多种。自Wittek[1]1935年首次介绍髌韧带重建前交叉韧带以来，髌韧带作为前交叉韧带比较理想的代替材料已被外科医生广泛接受。本院自1989年以来共有26例采用此方法重建前交叉韧带，均取得满意疗效。

一、资料与方法

1、一般资料：本院自1989年10月至今共收治病人26例。男性22例，女性4例，年龄16～56岁，平均38.5岁，新鲜伤18例，陈旧伤8例。受伤原因：撞伤、扭伤11例，车祸8例，踢足球、打篮球5例，其他伤2例，其中回院复查26例，复查时间最长36个月，最短7个月，平均13个月。

2．治疗方法：本组26例全部使用带骨块自体髌韧带重建前交叉韧带。取自髌韧带中1/3。手术时病人仰卧，患膝屈曲在90°位，膝前内侧切口，清理关节腔见前交叉韧带离断，关节腔清理后备用。切取髌韧带的中1/3部分，髌韧带的近端带着髌骨大约3cm × 1cm的骨块，在胫骨结节处将髌韧带的远端带着同样大小的骨块凿下备用，在带导钻的瞄准器导向下从前交叉韧带股骨的附着点向股骨外髁斜行钻孔作骨隧道，骨隧道的直径比切下骨块略小，将带骨块自体髌韧带的胫骨端修整后置入骨隧道中，用推进器将骨块向股骨外髁方向推进，使其紧紧嵌入隧道中，然后从前交叉韧带起点向胫骨结节方向另作骨隧道，将髌韧带的髌骨端修整后经隧道拉出，并用1～2枚螺钉固定。

二、结果

使用改良的Lysholm评分表[2]，这种评分法主要根据病人的主观感觉评估髌韧带重建前交叉韧带手术疗效，主观评估指标是术后膝部疼痛（25分）、关节稳定感（25分）、关节肿胀、关节交锁、下蹲困难、大腿肌肉萎缩、工作和体育能力恢复情况等指标各占10分。临床复查膝关节除一般检查外重点检查膝关节的稳定性，包括抽屉试验、内外侧活动试验、Lachman试验（表1，2）。由于条件限制，未能有相应的仪器进一步测量。

表1　治疗结果评分表

分　数	病例数	百分比
100分	4	15.4%
79～99分	18	69.2%
50～60分	3	11.6%
50分以下	1	3.8%

表2　膝关节稳定性测试表

膝关节稳定性测试	阴性	阳性	阴性率
前抽屉试验（膝屈曲90°）	18	8	69.8%
Lachman试验（膝屈30°）	22	4	84.6%

三、讨论

1、Wittek[1]首次报告用髌韧带重建前交叉韧带数十年来，经过多次改良，已经比较完善，此方法已被公认为较理想术式，根据解剖学的研究，正常人前交叉韧带长度3.7cm～4.1cm，平均值3.9cm[3]，其血供来自膝中动脉，由上附着点进入。因此膝关节外伤导致前交叉韧带损伤是一种严重的膝关节损伤，韧带失效后其制导和限制作用遭到破坏，引起关节不稳定和功能障碍，常继发其他韧带松弛甚至发生半月板损伤和骨性关节炎。Robert[4]发现前交叉韧带损伤未修复者比修复者膝关节的严重并发症的发生率高得多，新鲜交叉韧带损伤断裂[5]，目前矫形外科医生普遍认为，简单的初期修补的成功率是低的，除非是伴有骨片的撕脱，用简单的缝合修补很少会成功，这就导致许多方法来加强初期修补，其中有自体组织、合成植入物或初期的重建术，如果考虑修补，Sisk认为宁可用自体组织加强初期的修补缝合，对陈旧性交叉韧带损伤引起关节不稳定的处理，多数学者主张手术修补。

2．重建韧带的张力一定要强，重建韧带在术后膝关节活动中，必然会产生一定程度的松弛，而单用一条肌腱重建韧带，万一因其固定力度不够、不牢固或生长不理想，一

*作者单位：114000 辽宁省鞍山市鞍钢铁西医院骨科