维普资讯 http://www.cqvip.com

表4 对照组：治疗脑血栓形成急性期FG、PT前后比较表($\bar{x}\pm s$)

项目	n	治疗前	治疗后	P
FG(g/L)	50	4.003±1.002	3.247±0.729	<0.01
PT(S)	30	11.69±3.55	19.2±14.89	<0.01

由表4看出，Svate-3. ASH治疗脑血栓急性期前后FG、PT同样有非常显著的差异($P<0.01$)。

表5 两组治疗后FG、PT比较表($\bar{x}\pm s$)

项目	n	Svate-4	n	Svate-3. ASH	P
FG(g/L)	30	2.54±0.778	50	3.427±0.729	>0.05
PT(S)	30	83.10±89.59	50	19.2±14.86	>0.5

从表5不难看出，Svate-4组降低FG显著优于Svate-3. ASH组($P<0.01$)。

三、讨论：1. FG是脑血栓形成的重要因素，而PT时间的延长是FG水平下降的重要标志之一。Svate-4是以蛇毒为原料，提纯出的单一成份的酶制剂，彻底去除了神经毒素出血毒素及有害物质，它能选择性地作用于FG、Aa链N末端的精氨酸、甘氨酸之间肽链，释放血纤维蛋白A肽生成纤维蛋白单体，然而纤维蛋白多聚体容易被分解，形成FG的降解产物(FDP)，使FG不能形成血栓，且在血液中迅速被清除，从而起到抗凝溶栓作用。另外，Svate－4还能通过直接和间接的作用，促进t-PA的释放，使纤维蛋白酶原转变为纤维蛋白溶酶加速血栓溶解。本文研究显示，Svate-4组和Svate-3. ASH组治疗脑血栓形成急性期一个疗程前后FG、PT均有非常显著的差异($P<0.01$)表3、4，然而，两组治疗后FG、PT比较发现，Svate-4组的FG显著低于Svate-3. ASH组，而PT则较Svate-3. ASH组延长($P<0.01$)表5。因此进一步证明了Svate-4在降低FG水平上优于Svate-3. ASH组。2. 从临床疗效看，Svate-4组显效率为96.6%，而对照组Svate-3. ASH为92.0%，两组结果比较显示，治疗组优于对照组($P<0.01$)，表1。综上所述，根据脑血栓形成机理和Svate-4在治疗脑血栓形成急性期的作用机制其降纤效果显著，且临床疗效优于Svate-3. ASH，令人满意。

(收稿：1999-04-29)

313-314 周围动脉栓塞 动脉拉栓术 护理 33

动脉拉栓术与动脉局部灌注法在治疗周围动脉栓塞中的护理

隋一玲* 李皎伦 朱 薇*

R543.505

周围大动脉栓塞的发病率随着生活水平提高，饮食结构变化、人口老化而逐年增高。

1996～1998年我院共治疗24例周围大动脉栓塞患者。在进行动脉拉栓术与动脉局部灌注法治疗期间，由于加强了护理方面的动态观察及护理，护理评价取得满意效果，现报告如下。

一、资料与方法：1. 资料：患者男性16例，女性8例，年龄35～62岁。其中下肢动脉栓塞21例，上肢动脉栓塞3例，发病到手术时间最短10小时，最长14天。手术前肢体缺血情况：①均有患肢皮肤温度发冷，②皮肤花斑16例，③肢体缺血性剧痛10例，④缺血致患肢皮肤坏死2例。2. 方法：经病变血管小切口插入相应口径的Fograly氏拉栓管，向上、下两侧端反复拉栓直到血运良好，无血栓拉出，经动脉切口上端处进行潜行留置管，定时连续灌注。肝素盐水冲注保持管道畅通，扩血管及溶栓药物先稀释后灌注，用量：尿激酶10～25万单位，92h～96h；脉栓通900～1500mg 92h～96h，周围静脉给扩容药物：罂粟碱30mg，im，gd(或Bid)。

二、结果：动脉局部灌注时间：最短6天，最长14天，有一过性肝功能异常者(转氨酶增高者4例；有出血倾向或粘膜少量出血者3例。患肢坏死截肢2例。术后临床表现为患肢动脉搏动恢复，皮肤温度转暖，皮肤色泽恢复正常。

三、讨论：动脉拉栓法可以确切有效地清除血栓，对血管壁损伤小、切口小，动脉局部血管灌注法使药物直接作用于病变局部，大大提高疗效。根据其治疗的特殊性，做好手术前后的护理，确保手术成功，减少并发

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院胸外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

症尤为重要。1. 取栓前护理：入院后为病人制定护理计划，嘱病人平卧位，减少肢体活动，严密监测血压、脉搏、心率及呼吸，重点观测患肢动脉的搏动及皮肤颜色；建立静脉通路，遵医嘱给扩血管及溶栓药物静脉滴注；急查PT、KPTT（出、凝血时间，凝血酶原时间）、肝功；脐下及会阴部备皮；向病人及家属做好术前说明，消除紧张情绪，使之配合治疗；术前肌注安定10mg，阿托品0.5mg，进入手术室。2. 取栓中护理：进行六联观察；注意心电变化，随时触摸患肢动脉的搏动情况，有无恢复，患肢皮肤温度及颜色的改变情况等。3. 取栓后护理：①绝对卧床休息，患肢制动6小时，观察生命体征及患肢动脉搏动、皮温、颜色变化，注意观察留置管处包扎是否完好，有无渗血渗液情况。②保持肝素盐水（肝素12500U+0.9%生理盐水500ml）冲注管道畅通，局部灌注药物时速度宜慢，以减轻药物对局部血管刺激。③患肢保暖，促血运循环，禁用热水袋。④肝素盐水冲注速度不宜过快，10滴/分左右。术后定时监测PT、KPTT，根据化验回报调整药量，遵医嘱口服潘生丁、阿斯匹林。⑤严密观察病人意识及瞳孔，预防脑出血等并发症，备齐抢救药品及用物，做好特护记录。

（收稿：1999-03-17）

314-315 胆囊横结肠内瘘二例诊治 39

胆囊横结肠内瘘五例诊治体会

王 伦* R657.4

胆囊横结肠内瘘是胆囊与横结肠之间形成的病理性通道，为胆内瘘的一种，是胆石症引起的一种少见并发症。1995年2月～1999年1月共收治5例，报告如下。

一、临床资料：男3例，女21例，年龄最高72岁，最低35岁，慢性结石性胆囊炎病史5年以下1例，5～10年1例，10年以上3例。临床表现与体征：长期反复不同程度右上腹痛5例，恶心、呕吐、腹泻4例，寒颤、发热、黄疸1例。右上腹压痛3例，Murphy征阳性3例，胆囊肿大，右上腹包块2例，B超提示慢性结石性胆囊炎4例，胆囊颈部结石嵌顿、胆总管扩张表现为Mirizzi综合征1例，化验：WBC＞10×10^9/L 4例，TB＞22 umol/L，CB＞9 umol/L，UB＞19 umol/L，DB＞10 umol/L 2例，ALT＞72 u/L 1例。纤维结肠镜检查提示"异常瘘口"3例。

手术方法：在持续硬膜外麻醉或全麻下，4例行单纯胆囊切除术，横结肠瘘口修补术。1例行胆总管探查切开取石、"T"管引流、横结肠瘘口修补术。

二、结果和讨论

1. 发病机制：胆囊横结肠内瘘是极少见并发症，文献报道占胆内瘘第三位[1]。胆囊结石或嵌顿于颈部结石引起梗阻性胆囊炎，甚至胆囊积脓，胆囊与横结肠粘连，炎症波及，随着胆囊内压力不断增高，囊壁出现水肿、血液及淋巴回流受阻，血管通透性改变等病理性变化，使囊内压力进一步增高，缺血、坏死、穿孔，最后胆汁流入肠腔，二者之间形成通道。2. 临床表现与诊断：胆囊横结肠内瘘无特异性临床表现，多数有长期反复右上腹痛，放射至右肩胛、背部，恶心、呕吐等慢性结石性胆囊炎病史，少数病员出现寒颤、发热、黄疸。顽固性腹泻是该病主要表现，是由于胆盐直接进入肠道刺激肠粘膜。个别病人出现右上腹包块，多系反复炎症累及或邻近脏器包裹形成之故。本组术前确诊3例，2例为剖腹探查胆囊切除时确诊。B超可提示慢性结石性胆囊炎，确定右上腹包块，胆囊大小，但难以发现瘘口部位。CT可发现肠道与胆囊等密度或高密度影可考虑本病，X线检查腹部平片，文献报道呈气胆症占30%[2]，但气肿性胆囊炎、胆肠吻合术后、Oddi括约肌松弛者应除外。结肠充气造影[3]、结合纤维结肠镜检最有诊断价值，可提示瘘口部位、形态、大小、取材活检、鉴别诊断。3. 治疗：胆囊横结肠内瘘对因结石所致梗阻性胆囊炎、胆囊内压增高者有暂时的减压、排石作用，但可引起严重的上行感染，增加胆道反复感染机率，甚至导致肝功损害、胆囊恶变[4]，故多数学者均主张手术治疗。文献报道，对无症状而有下列情况者应手术[5]，如胆囊、胆道内存在结石、怀疑胆囊恶变、ERCP提示胆囊管闭塞、囊内不显影者。但亦有学者主张无症状者勿需处理。

采取的术式主要为胆囊切除、横结肠瘘口修补术。

* 作者单位：553302 贵州省纳雍县中岭镇卫生院