85-86

维普资讯 http://www.cqvip.com

高支链氨基酸治疗消化道外瘘的临床观察

张 平* 毕铁男** 段志泉*

R656.605

提 要 本文总结了 36 例消化道外瘘病人应用含高支链氨基酸营养液治疗结果。瘘口自行愈合占 69.1%，手术闭瘘成功占 13.9%，对消化道外瘘病人进行全胃肠外营养治疗时氨基酸制剂的选择及早期抗感染的重要意义进行讨论，并提出治疗消化道外瘘时，应首选高支链氨基酸作为氮源。

关键词 全胃肠外营养 高支链氨基酸

消化道外瘘是普通外科的一种严重疾病，近年来随着高支链氨基酸注射液的临床应用，使其治愈率明显提高。本文报告了 1990 年 4 月～1997 年 2 月间，应用高支链氨基酸营养液治疗 36 例消化道外瘘病人的结果。

临床资料

一、一般资料： 本组 36 例中，男 25 例，女 11 例，年龄 18～65 岁，平均为 42.8 岁。外院转入 28 例，本院发生 8 例，其中胰十二指肠切除术后胃肠吻合口瘘 8 例，胆肠吻合口瘘 6 例，胰肠吻合口瘘 6 例，小肠切除后吻合口瘘 5 例，阑尾切除术后盲肠瘘 4 例，胰瘘 5 例，十二指肠瘘 2 例。

二、治疗方法： 用 Braun 公司生产套管针于颈内静脉中段置管，用 3 升营养袋 24 小时均匀滴入，营养液配方见下。

25%葡萄糖 1000 毫升
10%脂肪乳 1000 毫升
6.9%氨复命 15HBC 1000 毫升
10%氯化钾 50～70 毫升
氮：热＝1：150～200
30%氯化钠 30～40 毫升
水乐维他 10 毫升
维他利匹特 10 毫升
安达美 10 毫升
胰岛素：葡萄糖＝1u：8～12g

三、治疗结果见附表。

附表 高支链氨基酸治疗消化道外瘘结果

临床转归	例数	用药时间(天)	%
瘘口自行愈合	25	16～33	69.4
支持后手术闭瘘	5	20～37	13.9
死 亡	6	18～32	16.7
总 计	36	938	100

讨 论

在 TPN 支持所需要的各种基质中，作为氮源的氨基酸制剂不断发展。Freund 等[1]在动物模型中已证明支链氨基酸的节氮效应。消化道外瘘病人既有腹腔内感染，又存在饥饿状态，在选择氮源时，应优先考虑高支链氨基酸制剂。支链氨基酸可以对肌肉的能量代谢提供底物，提供氨基产生丙氨酸进入肝脏糖异生，防止氨基酸从肌肉中释放。我们使用的氨复命 15－HBC，其支链氨基酸占总量的 45%，具有突出的抗分解代谢和营养作用。本组 69.4%病人经高支链氨基酸支持后，瘘口自行愈合。另13.9%病人，经支持营养改善后，手术闭瘘成功，为手术创造了有利条件，这些良好效果，与文献报道相符合。

目前感染也是消化道外瘘病人死亡的主要原因之一。Cerra 等[2]观察到严重感染时，机体

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学第一临床学院普外三科
** 朝阳市第二医院外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

呈分解代谢，肌肉等组织出现自溶现象。这种营养消耗非外源性营养所能补充。因此我们提倡治疗早期，控制感染应放在重要地位。

总之，在治疗消化道外瘘病人时，应优先使用高支链氨基酸制剂，以迅速改善病人在饥饿和应激性高分解代谢导致的营养不良状况，减少肌肉蛋白的分解，维持正氮平衡，促进瘘口的愈合。

参考文献

1. Freund H, et al. The role of the branch－chain amino acids in decreasing muscle catabolism in vivo. Surgery, 1978, 83: 61.
2. Cerra FB, et al. Septic autocannibalism: A Failure of exogeneous nutritional support. Ann Surg, 1980, 192: 571.

（收稿：1997－06－20）

·个　案·

外伤后示指原位旋转重建拇指功能

刘永轶*　姜永冲*

手是人体的重要器官，拇指是手的重要组成部分，拇指功能占全手功能的一半以上。外伤造成拇指缺损后，将严重影响手的捏、握、抓、捻等功能，给身心造成极大的痛苦。97年1月作者为一电锯伤病人成功实施了示指原位旋转重建拇指功能的手术，效果满意，现报告如下。

一、临床资料　患者，男性，28岁，工人。因左手电锯伤后三小时急诊入院。入院查体：一般状况尚可呈急性贫血外貌，左手创面有较多活动性出血。左拇指、第1掌骨挫挫粉碎，大多角骨外露，大鱼际肌大部分缺失，第2掌骨中1/3缺如。示指仅尺侧与手相连，远侧指间关节开放粉碎性骨折，其桡侧有动脉及神经断裂，尺侧动脉中度挫挫。中指背侧皮肤挫挫。

二、手术方法　病人仰卧位，给予臂丛麻醉，左上臂上止血带后充分外展置于侧方手术台上，常规消毒术区皮肤，铺无菌巾，将伤手用1%新洁尔灭冲洗浸泡10分钟后彻底清创，将左拇指、第1掌骨及挫挫的大鱼肌切除，大多角骨远端关节软骨面咬除，充分保留手背皮瓣。将第二掌骨两断端修剪平整后放松止血带，温盐水纱布压迫止血，并结扎活动出血点。将示指远侧指间关节面咬平，行指间关节融合，并使指间关节屈曲10°位克氏针固定。将拇指节骨塑成1.5厘米长梭形骨块，示指原位旋转45°，并置于对掌位，第2掌骨断端两髓腔间用梭形骨块桥接，并用一枚克氏针固定，吻合示指伸肌腱，将屈指深肌肌腱与中指指浅屈肌腱近端吻合，吻合桡侧指神经，注意保护第2骨间肌及蚓状肌，皮瓣原位缝合闭合所有创口，局部庆大霉素24万单位封闭，无菌敷料包扎固定，石膏托外固定。术后给予抗感染、抗凝、扩血管、止痛及保温等综合治疗，术后二个月摄X线片，骨临床愈合，拔除二枚克氏针，行关节功能练习。

三、疗效观察　术后三个月复查，左手外形良好，示指可完成内收、外展及对掌功能，痛、温、触觉正常，末梢血运良好。

四、讨　论　重建拇指功能的方法很多，如手指移位法，皮管植骨法、掌骨拇化法，游离足趾移植法等。应用较多的是示、环指转位移植再造拇指，我们用示指原位旋转重建拇指功能获成功，主要是由于示指掌指关节完好，第2蚓状肌、骨间肌完好，伸屈肌腱重建，指神经吻合，从而完成拇指收、展及对掌功能，而且保持了良好的感觉，由于一侧指固有动脉血运恢复，指背静脉回流通畅，保证了示指的成活。此方法简便易行，患者痛苦少，一次手术成功，但应注意术后管理，给予足量有效抗生素，同时给予抗凝、扩血管、保温治疗，七日内尽可能不换药，且不可过早拔除克氏针。

（收稿：1998－02－16）

* 作者单位：154002　黑龙江省佳木斯医学院附一院骨科