维普资讯 http://www.cqvip.com

2826(6)

器损伤。④腹腔内出血量大于 1000ml。⑤穿孔至手术时间在 8 小时以上。⑥需作肠切除的结肠穿孔。⑦结肠穿孔兼有腹壁缺损的开放性损伤。

4. 一期肠切除肠吻合术

作者的体会该术式的适应症有：①结肠损伤面大。②病人全身条件好，无休克。③腹腔污染不重，穿孔或损伤距手术时间在 6 小时以内。④腹腔无其它脏器损伤或损伤较轻的。右半结肠行一期肠切除肠吻合是公认的可行之术式，而左半结肠一期肠切除肠吻合术尚有争论，多主张再加近端肠造口术，三个月再行二期吻合术。笔者认为左半结肠穿孔者，只要病人全身状况好及局部条件好，就尽早手术，术中遵照“上要空、口要正、下要通”的原则，仔细操作，一期肠切除肠吻合是可行的。本组曾对 3 例乙状结肠扭转坏死患者行一期肠切除肠吻合术，术后无并发症。

对于嵌顿疝致结肠坏死者，在疝囊内行一期肠切除吻合并一期疝修补术，被认为禁忌症。本组 1 例左侧腹股沟斜疝嵌顿致乙状结肠坏死患者，行一期疝囊内肠切除肠吻合，并一期疝修补术，术中严格无菌操作，术后定期扩肛，使肠道保持低张状态，术后大量应用抗菌素，不但未形成肠瘘，切口还一期愈合，避免了二期手术之痛苦。当然，这只是个例，不能作为常规手术方式。

5. 肠外置术

一般情况下，尽量不用本法。如因结肠穿孔就诊晚，全身情况差，局部病变严重，如阿米巴性肠穿孔较大，肠壁大片坏死及憩室穿孔时肠壁水肿，脆性大，即不能修补，又不能切除时，宜将病变肠段游离后，提出肠壁于创口外，并在腹壁上固定。同时应充分引流，待三个月后，局部及全身状况改善后，再二期处理。

综上所述，结肠穿孔的急诊处理原则是：病人全身情况好，局部条件较好，就尽早手术，医疗条件能胜任，尽量一期修补及一期肠切除肠吻合术，而不加近侧造口术。如全身条件尚佳，但局部条件较差，如远近端肠管口径差距悬殊，以行肠切除吻合加近端肠管造瘘为妥。如全身情况不好，局部条件又太差，吻合术后又有张力者，以肠外置术为好。

6. 全身及局部的术后处理

急性结肠损伤或穿孔，多合并有其它脏器损伤，常伴有失血性或中毒性休克。因此病人就诊时即要注意其全身情况，如输液及必要的输血抗休克，作好术前准备及时手术治疗，术前抗菌素即可使用。

凡结肠手术，无论采取何种术式，都要在术中实行隔技术，找出结肠穿孔后即用无菌纱布保护穿孔周围正常组织，吸净穿孔两端结肠内容物，用新洁尔灭液、灭滴灵液消毒穿孔处。手术器械及敷料不能在本次手术中再次使用。

行结肠坏死切除术，如为肠扭转坏死，不应先行坏死肠段复位。因为复位能促使毒素吸收，加重休克。应先于坏死肠段两端正常肠段各下两把肠钳，保护坏死肠段，于钳间行“封闭式”坏死肠段切除，所余两端正常肠管用新洁尔灭、灭滴灵液等多次反复消毒。用“0”号丝线间断全层缝合，再浆肌层缝合。结肠穿孔修补及一期切除吻合术均应冲洗腹腔，冲洗液可达 5000～6000ml，在吻合口或修补口附近放置腹腔引流管 5～7 天。尤其是外降结肠后壁穿孔者，务必在腹膜后间隙放置引流管。在缝合腹膜后，腹壁切口用双氧水清洗，或者用新洁尔灭、灭滴灵液等，可望腹壁切口一期愈合。

术后除支持治疗外，全身应用有效的抗菌素是十分必要的。灭滴灵、氨基苄青霉素、庆大霉素的联合应用是结肠手术中的“金三联”。三种药物的联合应用减少结肠手术的并发症，扩大了一期手术的适施范围。

10—12

急性出血坏死性胰腺炎的手术治疗体会

鞍山市第三医院 刘庆余 赵 英
（辽宁鞍山，邮政编码 114000）

R657.540.5

急性胰腺炎的发病率已渐趋增多，其病人情有轻有重，临床上 80%的病例属于轻型水肿性胰腺炎，可经内科疗汉治愈。有 5～10%形成假性囊肿，属于重型者为数不多，大约 10%发展成急性

胰腺炎；急性；坏死性；外科手术；

维普资讯 http://www.cqvip.com

出血性坏死性胰腺炎，但死亡率与并发症却很高，多需手术治疗。

我院 1968～1988 年以来经手术治疗，病理证实的急性出血坏死性胰腺炎（AHNP）共 21 例，选用坏死组织清除与腹腔灌洗引流治疗，无一例死亡。现就以下几个问题简要做一介绍。

一、AHNP 的诊断与估计

根据文献资料与我们的体会如下几点有助于诊断：①有酗酒、饱餐、情绪激励、胆道疾病的病史；②突然发生上腹或左上腹剧烈疼痛（呈持续性）解痉药不能缓解；③急性胰腺炎经内科治疗 24 小时～72 小时无明显改善或加重；④急性胰腺炎并发黄疸或胆绞痛；⑤血钙低于 8mg/dl；⑥血尿淀粉酶增高；⑦腹腔穿刺液为血性且淀粉酶增高。

如何估计 AHNP，不但有助于鉴别诊断与处理也有利于估计其预后。

急性胰腺炎是由于胰酶所致的不同程度的自身消化病变，胰腺有水肿、出血、坏死等主要病理改变，它的病变不仅局限在胰腺本身，常向外侵后腹膜及邻近脏器，发展迅速，很快发生腺体的组织出血坏死感染，临床上出现中毒性休克状态，过去人们常常根据血、尿淀粉酶的明显增高作为诊断手段。实践表明腹腔内很多病变常有淀粉酶增高的假象。木南等为了判断胰腺炎的严重程度，观察了 14 个项目作以鉴别，并以此作为估计预后的参考，但其中有些项目需待时间观察，才能得到精确数字，影响诊治，我们认为下列几项标准作为预后的不良判断，在临床实践中较为实用：1. 体温超过 39℃或低于 35℃；2. 心率在 120 次/分以上；3. 白细胞计数在 1.6×10^9/L 以上；4. 休克或昏迷；5. 血糖超过 200mg/dl；6. 血磷低于 8mg/dl；7. 腹膜炎体征，可抽出血性或酱色渗出液；8. 血 NPN 超过 60mg/dl。

入院后全面检查，凡具有 1～2 项为轻型，如 1～3 项为中型，4 项以上者为重型。笔者认为上述预后不良标准，方法简单，易于实践，有利于估计病人病情以及决定诊治方案。

二、早期手术：文献报导大都主张早期手术；所谓早期手术，即该病一旦确诊，经过短期准备，在 24 小时或 48 小时内进行手术。因为第一：急性胰腺炎，早期有广泛渗出，这些因胰腺炎所释放出的血管活性激肽（Histamine－Releasing agent phaspholipaselvasc active Kinins）、磷脂酶 A，组胺释放物质、2—2 巨球蛋白结合的有毒物质等。有严重的致死性和毒性。对病人的休克及周围多器官的损害（MOF）起着重要作用，必须予以早期引流，第二急性胰腺炎的病理特点是病变发展迅速，短期即可出现胰腺坏死出血，同时病变的程度和范围，无法从临床检查作出正确判断，早期手术即可消除坏死组织又可以作出肯定诊断，引流毒液、胰腺减压、抢救残存的胰腺组织，促进修复、防止或减少并发症。第三也可以针对具体情况，作一些附加手术，以改善病情加速治愈。

本组一例经手术探查表明 9 小时病变发展到全胰腺广泛性、灶性坏死出血、胃、结肠壁、大网膜等亦有类似病变，因此早期手术是应当提倡的。

三、术式的选择：在术式选择上人们不断的进行着艰辛的探索，然而至今仍未能找到一种被公认的好方法，手术的原则是清除胰腺的坏死组织，腹腔充分引流。目前手术方法较多，一般可分为：病灶清除和腹腔引流两个方面；病灶清除是指，胰腺表浅坏死组织或者外侵区域坏死组织清除以及胰腺深在坏死组织的规则切除，包括左半胰切除，胰次全切除，胰 12 指肠切除三种，手术方法的选择，一般根据病变的性质和范围而定。表浅坏死组织清除术，也叫非规则性包膜内局限或散在坏死灶清除术。如病变仅限于胰体尾部，可行体尾部切除术，若病变广泛，坏死组织深在难于判断，或体尾部肿胀明显，可考虑左半胰切除。据本组观察病变范围：一般以体尾部多见、体部次亡、头部最少，企图作全胰切除应十分慎重，因为不仅损伤严重且后遗症也很难控制，死亡率很高。国外医学文摘主张规则性切除，理由是看来比较“正常”的胰腺组织，在炎症进展中释放的毒性物质比已坏死的组织更为有害，残存不明显坏死灶比明显坏死更为有害。此外胰外侵全肠系膜、结肠、胰床深面等组织皂化坏死，也要尽量清除，不容忽略。

四、腹腔充分灌洗引流：AHNP 治疗时，腹腔及胰床要充分灌洗引流，被众多外科家所提倡。早期可以清除有毒的渗液（胰液），晚期可排除胰床及胰外继发坏死组织，其目的是促进胰腺的修复防止并发症的产生。镇江医学院主张“碟形开放手术引流治疗 ANP”，并置多根成排引流管引流胰床，目的彻底引流不断清除胰床坏死组织，通过多次换药延期关腹，1982 年以来 10 例只死亡一

胆囊炎；胆结石；外科手术；临床
维普资讯 http://www.cqvip.com
28276

例，据称效果满意。

Gabbard 主张采用灌洗，死亡率由 54%降至 37%近年来大量文献介绍腹腔灌洗其治疗效果比单纯引流术为好。

早期单纯引流是一种最古典的手术，仅适于表浅坏死胰腺炎或轻型胰腺炎，但对重型常因减压不够、引流不畅，故目前少用。胰腺扩大切除术，虽可达到清除病灶、但组织损伤严重，后遗症多，死亡率高，不易被人们接受，腹腔透析灌洗比单纯引流为好，但较为复杂费事。开放腹腔引流手术创面大易招至感染难以推广。

我们介绍的是常规采用坏死组织清除、腹腔充分灌洗引流治疗 AHNP，这一手术包括以下几点：1. 切开胰腺被膜充分游离胰腺组织，2. 清除已脱落的坏死组织及胰外侵的腹膜后、结肠、大网膜等坏死皂化组织；3. 根据病变范围和适宜的病例有明显坏死组织，作必要的规则性切除；4. 术后小网膜腔持续灌洗，灌洗液可用生理盐水加抗菌素；5. 根据病情可以作胆道引流附加手术。据文献报道国人胰腺炎最常见原因是源于胆道病变，所谓 Opie 提出“共同通道”学说，胆道引流减低胰管内压，达到内外减压引流效果更为理想。如述原则，既能起到阻止胰腺继续坏死和胰外扩散，又能达到引流腹腔，防止毒性物质吸收的目的。胰腺术后继续坏死的排除，则依靠持续外引流解决。

我们体会：本术式操作简便，创伤较小，并发症少，效果满意，易于推广。

参考文献 略

12—14

胆囊炎、胆石症 304 例手术临床分析

陕西省乾县人民医院 薛栋材 何金荣 魏建文
（陕西乾县，邮政编码 713300）

R657.4

胆道疾病是腹部外科常见的多发病，随着人们生活水平的改变和 B 型超声检查的临床应用，其发病率和查出率都有明显的增加，本组外科共收治 566 例急，慢性胆囊炎、胆结石，胆道蛔虫症，占腹部外科第一位，高于阑尾炎发病例。根据 384 例胆囊手术病例资料统计，急性胆囊炎 332 例，慢性胆囊炎 46 例，胆道蛔虫症 6 例，胆囊结石胆囊炎 304 例中胆囊癌 4 例。胆囊结石胆囊炎发病以 35～60 岁年龄较高，男女之比为 1：1.95；男性以肝，胆囊管结石多见，女性以胆囊结石多见，以农村女性最为多见；胆囊炎，胆结石病死率为 1.97%，占腹部外科死亡病人第一位。

根据不全资料统计，本组 304 例胆结石，胆囊炎手术临床分析如下：

一、胆结石的分析情况

1. 性别：男性 103 例，占 33.9%；女性 201 例占 66.1%。2. 年龄：①15～25 岁 16 例占 5.3%。②26～39 岁 76 例占 25%。③30～60 岁 148 列中 48.7%。④61～75 岁 64 例占 21%。

2. 职业：农民 143 例占 47%。工人 86 例占 28.3%。干部 49 例占 16.2%。学生 4 例占 1.3%。其他 22 例占 7.2%。

4. 胆结石肉眼大体观察分类：①颜色：白色或淡褐色，棕色和褐黑色，淡红色和淡绿色。②形态：圆形，椭圆形，多面形，颗粒形，泥沙状，小塔形。③大小：结石最小为米粒大，最大 4×5×2cm。④重量：最大重量的 23g。⑤结石部位：胆囊结石 250 例，胆囊胆总管结石 30 例，肝外胆管结石 12 例，肝内胆管结石 6 例。

二、B 超检查情况分析

本组 304 例全部做了 B 超检查，除 6 例漏诊外，其余 298 例与手术结果基本相符合，B 超诊断符合率为 98.74%，B 超漏诊率为 1.26%。

三、手术方式选择情况

单纯胆囊切除术 252 例。胆囊切除加胆总管探查，T 型管引流术 30 例。胆总管探查加 T 型管引流术 18 例。胆总管空肠吻合术 4 例。

四、并发症情况分析

1. 术前并发症：①急性胆囊炎，胆囊穿孔，弥漫性腹膜炎 4 例，死亡一例。②化脓性胆管炎夏科氏综合症并急性肾功能衰竭 3 例，死亡 2 例。③胆心综合症 9 例，占 2.9%。④胆结石胆囊炎并肺气