维普资讯 http://www.cqvip.com

12 点不缝合，作为经后道剜出前列腺时用。缝合结束时可见全部凸入的膀胱颈部粘膜紧紧缩扎在缝线内，尿道内口向外有点扩大，伸入食指经后尿道剜出腺体不受各点提前缝扎之影响，剜出顺利、完整，无腺体残留，剜出后出血很少。剜出的腺体最大 56g，最小 20g，平均 38g，还是以大为主。

4. 注意在缝扎 6 点时以深宽为主，让凸出的后唇紧缩在缝扎线之内，剜出腺体后不需再作后唇的楔形切除。4、5、7、8 点以深为主，使双侧的前列腺动脉得到可靠结扎，以防剜出后大出血。剜出腺体后迅速用热盐水纱块塞入腺窝压迫 5～10 分钟，此时可从 12 点由上向下垂直连续缝合缩小尿道内口，一般缝到 1 点和 11 点接近为止，再下入三腔导尿管，取出压迫纱块，将导尿管气囊置放在腺窝内，尖端的两个侧孔置入膀胱内。迅速用提前置好的 3～0 号肠线于 12 点交叉打结，围绕导尿管用力缩紧各点缝扎线，结扎后可见一个整齐的粘膜边缘，紧密的围绕导尿管形成一个和正常人相似的尿道内口，严密的封闭了腺体窝口，膀胱内显得干干净净，气囊注水后不在作膀胱造瘘，只作膀胱内尿管尖端腹壁外牵引。

讨　论

通过对本组病例的观察，我们认为：腺体剜出后的出血，一是前列腺动脉，二是膀胱颈部内的创面，在剜出之前我们先行各点双重缝扎，是控制术中大出血的可靠方法。用单线拉紧多线扎紧法是严密封闭前列腺窝口的有效方法，能使腺窝和膀胱内达到彻底隔离，所以术后血尿消失快，冲洗，引流、排尿均很顺利。由于我们把膀胱颈部的处理和荷包缩紧线在剜出腺体之前已经完成，所以不要剜出后出血的干扰，手术始终在一个视野非常清楚的情况下进行。对膀胱颈部粘膜和输尿管间嵴不会造成损伤。我们翻阅了过去耻骨上前列腺摘除术的麻醉记录，比较之下，手术时间较前节约了近 1/2，本组手术基本在 2 小时之内完成。我们体会利用以上方法行耻骨上前列腺摘除术，视野清楚，操作方便，节约时间，是防止术中和术后出血的有效方法。

（收稿：1994－03－30）

急性出血坏死性胰腺炎术后并发症 14 例原因分析

邯郸钢铁总厂职工医院外科　张玉荣　张占仲　谢明泽　魏关忠
峰峰矿务局邯郸洗选厂医院　郭广英
（河北邯郸，邮政编码 056001）

〔提要〕我院自 1987～1992 年共收治出血坏死性胰腺炎 29 例。发生严重并发症 14 例，在发病 72 小时以内手术者 10 例，72 小时以后手术者 4 例。均行胰腺被膜多口切开减张，松动胰床，腹腔灌洗。本文对急性出血坏死性胰腺炎的特点、手术时机、术式选择、手术适应症等，进行了详细地讨论。

〔关键词〕急性出血；坏死性胰腺炎；术后并发症

临床资料

一、一般资料：14 例中，男性 8 例，女性 6 例，年龄最小 19 岁，最大 67 岁，平均年龄 37 岁。

二、手术时机：发病 72 小时之内手术者 10 例，3～7 天手术者 4 例。

三、术式选择：本组均行胰腺被膜多口切开减张，松动胰床，在胰腺前后及腹腔置多根、多孔引流管，早期腹腔冲洗，并持续腹腔负压吸引，空肠造瘘。

四、临床所见并发症见表 1。

表 1.　并发症例次

并发症	成人呼吸窘迫综合征	胰周脓肿	胃衰	胰外瘘	肠瘘	瘘肠梗阻
例次	10	7	1	4	3	3

合并 1 种并发症者 5 例，2～3 种者 7 例，3 种以上者 2 例。

并发症时间：1. 早期（术后 2 周以内）出现呼吸窘迫综合征者 10 例。2. 后期（术后 2 周后）出现胰周脓肿 7 例，胰外瘘 4 例，肠瘘 3 例，肠梗阻 3 例。

结　果

维普资讯 http://www.cqvip.com

本组术后死亡 2 例。(均为发病 72 小时以后手术者)死于早期并发症，成人呼吸窘迫综合征并肾衰 1 例。后期并发症，胰周脓肿、肠瘘、肠梗阻 1 例。

讨 论

一、延误诊断及手术时机：14 例病人中，由于在基层诊断不清，8 例在发病 48 小时后才转到本院。其中合并全身中毒症状者 10 例，10 例成人呼吸窘迫综合征，1 例合并肾衰，4 例发病后 3～7 天手术者，其中 2 例因合并严重并发症死亡。

出血坏死性胰腺炎病变特点[1]，具有渐进性，多层次性，水肿出血，早期坏死，晚期坏死、感染、液化等病变广泛交错、互相并存，没有明显的分界限，只是在不同时期各病变所占的比例不同。早期以水肿、出血，早期坏死等病变多些。后期以晚期坏死，感染，液化等病变较多。本组 11 例合并全身中毒症状者，既病变发展至晚期胰腺坏死更广泛，胰外侵犯更严重，大量胰酶等毒性物质广泛吸收所致。过去多数人认为，坏死性胰腺炎在发病 3～8 天手术最合适，此时胰腺坏死病变界限清楚，能够一次彻底清除。国内大部分学者倾向于早期手术。理由是，早期手术可减少胰源性毒性物质作用于心、肝、肺、肾，有效地阻止胰腺组织的进一步坏死，减少并发症[2,3]。根据我们 14 例分析，认为早期手术切开被膜减张，可减轻水肿及出血所致的胰腺高张状态，改善其血运，可有效地阻止坏死病灶的发展，通过早期手术，冲洗，引流，可减轻胰酶等毒性物质在腹腔内蔓延和吸收所引起的胰外侵犯及全身中毒症状，减少并发症的发生。手术时机晚，是引起全身各脏器中毒受累的根本原因之一。

二、术中处理不当：1. 术式选择不当，本组 9 例发生 2 种以上并发症，其中 8 例在术中已探明有胰腺组织坏死，术中没有清除坏死的胰腺组织。虽然有人提出，出血坏死性胰腺炎的病人处于急性期，全身情况差，手术宜小不宜大，但是，也承认术后并发症与术后残存或继续出现的胰腺坏死组织有关[3,4]，本组 8 例病人，由于没有清除坏死组织，术后 7 例引起胰周脓肿，胰瘘 4 例，肠瘘 3 例，这是由于坏死组织的脱落、液化，阻塞引流，释放出胰性渗出液引起腹腔继续感染和胰外侵犯，从本组，我们认识到单纯减张、引流，不清除发病的生要因素——坏死病灶，很难取得满意效果。2. 术中操作不当，从实际工作中，我们认识到，在常规手术清除病灶时，多使用剪刀剪除，这样容易损伤血管和主胰管，引起胰腺组织的进一步坏死和胰瘘，或者由于畏惧上述原因，以致不能完全清除坏死灶而遗留较多的坏死组织，都可以引起胰周继续感染和胰外侵犯。杨氏[5]提出手术时改用刮匙刮挖病灶，对胰头，体尾的前面和背面的病灶，反复刮挖，直到看见新鲜渗血的未坏死组织边缘，既能彻底清除病灶，又能防止坏死组织残留和胰瘘。从而减少了术后并发症。3. 引流管的选择与旋转不当。由于胰腺的位置较深，胰腺的坏死脱落组织比较稠厚，如果引流管的选择不当或旋转位置不当，均可引起引流不畅，出现并发症，本组病人均采用多孔质软的硅胶管引流，由于其质地软，在腹腔因受脏器压迫而弯曲和阻塞，从而误认为渗出减少，造成引流不畅，出现了多例严重并发症。我们体会放置引流要采用质地较硬的乳胶管，行多根排列引流，且引流管的胰腺端要高，腹壁端要低。引流管在腹腔内短而直。在胰腺前面和背面都要放置，使胰腺包围在多根引流管中，结合术中冲洗和术后灌洗，使腹腔内的胰性渗液充分清除。有人据 70 例病人分析报道，这可使病人的生存率提高到 86%[6]。

总之，我们认为术中不能彻底清除坏死组织，或术后胰腺组织进一步坏死损伤，是引起引流不畅，导致并发症的关键。改变常规的操作方法，配合腹腔的充分引流，可使病人术后并发症大大减少。

参考文献

1. 夏穗生. 加强对急性胰腺炎后期危险性的认识与处理，腹部外科 1988；1：143.
2. 周宏滔. 早期手术治疗出血性坏死性胰腺炎，腹部外科 1989；2 (2)：67.
3. 陈亚光. 急性出血坏死性胰腺炎手术时机和手术方式探讨，实用医学杂志 1989；5 (2)：6.
4. 杨森华. 老年人出血坏死性胰腺炎 20 例治疗体会，实用外科杂志 1989；9 (1)：24.
5. 杨国平、胡明屯，6 例坏死性胰腺炎死亡病例治疗分析，腹部外科 1990；3 (2)：70.
6. 黄华荣. 急性重症胰腺炎腹腔灌洗法，实用医学杂志 1989；5 (6)：47.

(收稿：1994－02－22)