维普资讯 http://www.cqvip.com

手术方法：常规全麻剖胸手术，游离出食管肿瘤及切除段食管。清扫淋巴结。切开膈肌游离胃，切断食管胃贲门部，残胃待吻合。在主动脉弓上向胸膜顶部做正常段食管的钝性解剖分离，病变段食管过主动脉弓。在胸骨上窝切口并向左胸锁乳突肌内侧缘适当延长。切开肌层后，采取颈胸联合会师法，扩大胸膜顶与颈部的通道，口径约达三横指（5～6 cm）。将胸段食管和胃底部从胸腔内拉出，将胃间断缝合固定于胸膜顶外，防止坠入胸腔和减少食管胃吻合口处的张力。不必象传统术式那样游离食管。此术式无需游离食管。按常规方法做移出部分的食管和胃吻合，边吻合边切除食管肿瘤。本组治疗结果与45例常规传统手术的颈部吻合食管癌病例进行了对照，对比分析结果经统计学处理。

二、结果

本组病例全组无手术死亡。术后标本病理检查所见：食管切缘无残留癌，食管切缘与肿瘤的距离为 5.1～8.7 cm。本组与以往常规的颈部吻合术式对比，手术时间平均缩短 1 h 30 min，而切缘与肿瘤的距离则无明显缩小；颈部吻合比勉强做胸内吻合延长切缘与肿瘤的距离平均为 5.8 cm，而手术时间缩短。本组吻合口瘘发生率为 2.63%（1/38），较对照组 28.89%（13/45）明显减少（$P<0.01$），且无喉返神经损伤。

三、讨论

食管癌的主要治疗方法是手术治疗。食管肿瘤切除胃代食管吻合重建术是食管癌外科治疗的主要术式。根据肿瘤切除规范，下段食管癌的吻合部位应选在主动脉弓上，而中段癌则应选在颈部吻合[1]。临床手术经验发现，经左胸的食管癌切除弓上吻合手术，因为主动脉弓的妨碍，使得大多数食管胃的弓上吻合，名为弓上实则很难达到弓上，而仅是弓前或弓旁的吻合[2]，影响了肿瘤的实际切除范围。经研究和临床应用创建的新的食管胃吻合方法，由于技术的关键是做胸膜顶外吻合代替传统的主动脉弓上和颈部吻合，简化了术式并提高了疗效。本文采用的胸膜顶外食管胃吻合，较胸内主动脉弓上吻合明显增加了食管癌的切除长度，同时也比胸内吻合便于直视下操作，提高吻合的质量。

目前常规的食管胃颈部吻合术式要求术者必须在甲状腺后方，即气管和食管之间，游离出一段颈部食管，再做食管和胃的吻合[3]。由于颈部食管具有节段性供血和毗邻喉返神经易被手术损伤的解剖学特点，临床普遍感到食管癌的颈部吻合术不仅比胸内吻合要费时费力，而且吻合口瘘等并发症的发生率也较高[4]。改良了此术式后，在手术操作中不必游离出颈部食管、不破坏食管的血运又避免了神经等副损伤。本文认为，食管中下段癌适合选择改良的胸膜顶外食管胃吻合术，代替传统的食管胃颈部吻合术和主动脉弓上吻合术，这样，可在保证食管癌充分切除范围的前提下，既能简化传统术式的操作，又明显减少了手术并发症，因而极大提高了食管癌的手术疗效。

参 考 文 献

1. 裘法祖，主编. 外科学. 北京：人民卫生出版社，1995. 360.
2. 杨 林，张汝刚，毛友生，等. 胃经食管床食管胃弓上吻合术治疗食管中下段癌（附 162 例报告）. 中华肿瘤杂志，1996，18：37.
3. 顾恺时，主编. 胸心外科手术学. 北京：人民卫生出版社，1996. 465.
4. 闫天生，张大为，张汝刚，等. 高位食管癌切除颈部吻合的治疗结果（附 414 例报告）. 中华肿瘤杂志，1994，16：29.

（收稿：2001-03-26）

心外科 ICU 中常见心律失常及其治疗

姜晓艳* 史克华*

心脏手术后病人心律失常的发生率为 60%～80%[1]，其原因有手术损伤、术后心肌缺血和水肿、缺氧、水电解质酸碱平衡紊乱、药物影响以及引流管刺激等。即使术中精心操作，减少心肌创伤，避免损伤传导束，术后严密监护，其心律失常的发生率仍然较高，因此熟练掌握几种常见心律失常的心电图诊断及治疗对心外科 ICU 工作有重要意义。以下就本院 ICU 中几种最常见心律失常作一介绍。

一、窦性心动过缓（sinus bradycardia）

窦性心动过缓时其 P 波、QRS 波群、T 波形态正常、心率一般在 40～60 次，如果心率低于 40 次则应考虑 2∶1 窦房传导阻滞或房性早搏二联律未下传，病因主要为：发热、焦虑、缺氧、高碳酸血症、血容量不足、心衰等。首先去除病因，然后可给予异丙基肾上腺素 0.01～0.05μg/kg，或阿托品 0.3～1mg. 如果留有心外膜起搏导线，也可人工起搏。

二、心房纤颤和心房扑动（auricular fibrillation and auricular flutter）

许多种疾病均可出现心房纤颤，其心电图表现为无正常 P 波，代之以大小形态各异的 F 波，其频率为 350～600 次，心室律绝对不齐，在未用药物控制的情况下心室率一般较快。心房扑动的心电图特点为无正常 P 波，代之以频率在 250～300 次/min 的 F 波，波幅一致，间隔规则，多以 2∶1 或 4∶1 下传，故心室律规则。房颤若心室率 < 120 次/min，可暂不处理。心室率较快，可静脉注射西地兰 0.4mg. 如果心室率控制不满意可加用 β-受体阻滞剂或异搏定中任意一种。心房扑动药物控制较为困难，可

* 作者单位：261041 山东潍坊医学院附属医院心外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

用体外直流电击复律(50～100 瓦秒)，置有心房起搏导线的患者，可向心房内导入 500 次/min 短阵快速电脉冲，有望恢复窦性心律，但是起搏时间不能超过 1 秒，否则可引起房颤。

三、室上性心动过速(supraventricular tachycardia)

室上性心动过速时病人心率在 180 次/min 以上，P 波可为直立、倒立或不能辨认，QRS 波群形态、时限正常，一旦出现此种心律失常可使心排量明显降低[2]。治疗一般首选异搏定 5mg 静脉注射，无效时 10 分钟后重复，此方法在心衰、休克时禁用。也可给予乙胺碘呋酮 150mg 静脉注射。对于无低钾和洋地黄服药史者可给予西地兰 0.4mg 缓慢静脉注射。部分没有心衰的病人也可以试压颈静脉窦或眼球。如果有预置的心房起搏导线，可按高于当时心率的频率快速起搏，心室夺获后数分钟停止起搏，部分患者可恢复窦性心律。

四、室性早搏和室性心动过速(ventricular premature beat and ventricular tachycardia)

室性早搏心电图表现为提早出现增宽变形的 QRS－T 波群，QRS 时限＞0.12 s，其前没有 P 波，窦性 P 波可以落于早搏波的任意位置上，T 波多与主波相反，代偿间歇完全。室性心动过速心电图表现为 QRS 波群呈室性波，心室律基本规则，频率 140～200 次/min。此类心律失常最常见于低血钾，首先应补充血钾，血钾正常后还有心律失常应考虑到低血镁，可补给硫酸镁。药物治疗首选利多卡因，可给予利多卡因 1mg/kg 静脉注射，心律纠正后再用 100mg 维持静脉滴注，室性心动过速应用利多卡因无效，可试用氟卡尼、氯卡因，或用直流电击复律。

五、房室传导阻滞(auriculo－ventricular block)

房室传导阻滞可分为 3 度。I 度房室传导阻滞心电图表现为 P－R 间期恒定延长，QRS 波群没有漏脱。II 度房室传导阻滞心电图表现为两种类型：莫氏 I 型表现为 P 波规律出现，P－R 间期逐渐延长直至一个 QRS 波群漏脱，其房室传导阻滞发生的位置较高。莫氏 II 型表现为 P－R 间期恒定或延长，部分 P 波后无 QRS 波群，其房室传导阻滞发生的位置较低。III 度房室传导阻滞又称为完全性房室传导阻滞，心电图表现为逸搏心律，P 波与 QRS 波群无关。I 度、II 度房室传导阻滞多为一过性的，原因有冷停搏液作用、抗心律失常药物过量、传导束周围心肌细胞水肿、冠状动脉供血不足等。怀疑药物所致者立即停药，还可试用阿托品、异丙基肾上腺素以加快传导，但是后者可能引起室性早搏应加以注意。糖皮质激素对心肌水肿引起的房室传导阻滞有一定缓解作用。III 度房室传导阻滞起搏点位置低，心室率很慢，应予人工起搏。有条件最好做心房－心室顺序起搏，符合循环生理，术后心功能恢复好。

参 考 文 献

1 苏应衡，郭兰敏，主编．实用胸部外科手术学．济南：山东科学技术出版社，1995．172－173．

2．马景林，主编．心电图诊断与临床．北京：科学技术文献出版社，1994．174－175．

(收稿：2001-03-12)

胆囊切除不置引流 66 例观察报告

张建英*

本文对 1997 年 3 月至 1999 年 12 月期间施行胆囊切除术不置引流 66 例病人，与另一组放置引流的 72 例对比分析，现报告如下。

一、临床资料

不置引流组(A 组)和引流组(B 组)所选择的病例，都是单纯胆囊结石和慢性胆囊炎而行择期胆囊切除术者。凡术中有损伤胆囊胆汁外溢、肝床损伤出血、肝活检、胆总管探查或附加阑尾切除者，均未包括在内。两组病例都按常规术式顺加逆胆囊切除。B 组引流方式采用一根烟卷引流条，置于胆囊床或温氏孔，从主切口旁另刺孔引出腹外。引流条留置 1～3 天后拔出。两组病例在性别、年龄、术后禁食输液天数以及抗生素的应用等方面无明显差别。两组术后的疼痛反应，表现在止痛剂应用方面的差异。A 组 66 例，未用止痛剂 26 例，用 2 次以上 8 例。B 组 72 例，未用止痛剂 8 例，用 2 次以上 31 例。经医学统计检验，在未用和用 2 次以上止痛剂这二个方面，结果都是 $P<0.01$，A 组和 B 组有非常显著的差异，见表 1。

表 1 术后应用止痛剂情况

组别	例数	未用	用 1 次	用 2 次以上
A	66	26(39.4%)	32(48.5%)	8(12.1%)
B	72	8(11.1%)	33(45.8%)	31(43.1%)

两组术后体温变化比较，A 组较 B 组发热反应轻，体温恢复也快，但经医学统计检验，并无明显差异，见表 2。

表 2 术后体温变化比较

组别	例数	最高体温		体温恢复正常时间	
		＜38℃	＞38℃	＜3d	＞3d
A	66	51(77.3%)	15(22.7%)	60(90.9%)	6(9.1%)
B	72	48(66.7%)	24(33.3%)	62(86.1%)	10(13.9%)

两组术后住院时间比较，A 组 10 天以内 56 例，10 天以上 10 例，B 组 10 天以内 48 例，10 天以上 24 例，经 χ^2 检验，0.50

* 作者单位：043300 山西省河津市山西铝厂职工医院外科