管胃底曲张静脉的压力,防止出血,又能维持肝脏门静脉血供,有利于维护肝脏功能,防止肝功能衰竭,有较好的疗效。这是目前各种分流术中最具有合理的解剖生理学和血液动力学基础,属于高选择性分流术,该手术较肠腔、门腔和脾肾分流术效佳[1],使靠近食道静脉的胃左静脉血液稳定地分流至下腔静脉而不发生过多的侧支循环,并能保持较大的门脉血向肝流量。Inokuch完成的250例手术[2],手术死亡率为2.8%,术后出血率为8%,10年生存率为55.3%。在防治食道胃底静脉曲张出血、保护肝功和防止肝衰等方面具有显著优越性。该手术适合各种类型肝硬变引起的门脉高压症,尤适于伴食道胃底静脉曲张或出血、腹壁静脉曲张、门脉血向肝血流量较大、脾已切除或其它分流手术后再出血和曾有肝昏迷而不适于其它门体分流术者。

冠腔分流较其它分流手术具有许多优点,但因冠状静脉较薄,变异较多,解剖分离,故其手术难度大,手术重复性也小。因此这种手术在基层医院开展较少,为减少手术难度,有主张桥式血管吻合,我们认为游离冠状静脉5~7 cm,可从容地与下腔静脉进行吻合,而不必采用桥式血管吻合,特别是不要用人工血管,以免造成血栓。一般冠状静脉壁薄弱而脆,应细心游离,处理侧支时应先将侧枝分出后单独结扎切断,以防血管撕裂损伤或缝合修补后狭窄。此外,为增强冠腔分流的食道胃底静脉区域性减压引流作用,必须切除胃短静脉和胃侧胃网膜右动静脉。

[参考文献]

[1] 黄韪庭,王维民. 门静脉高压症外科治疗45年回顾. 2000;38(2):85-87.

[2] Inokuch K. present status of surgeral teatment of esophagel varication in Japan. World J Surg, 1985 9(1):171.

(编辑:杨爱军)

150例高龄患者耻骨上前列腺切除术后护理体会

钟丽琴 (成都市第六人民医院泌尿外科,四川 成都 610051)

[关键词] 前列腺增生;高龄患者;耻骨上前列腺切除术;术后护理
[中图分类号] R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0367-02

前列腺良性增生(BPH)是老年男性常见病、多发病,主要表现为膀胱出口梗阻症状。手术治疗有经尿道电切术和开放手术,其中耻骨上前列腺切除术为开放手术中采用最多的方法。我院自2004年至2008年采用耻骨上前列腺切除术治疗高龄、高危BPH患者共150例,现将术后护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组150例,年龄60~85岁,平均78岁,经B超、国际前列腺症状评分,直肠指检,尿动力学检查诊断为BPH。其中伴发冠心病25例,糖尿病25例,肾功不全10例,肺部感例20例,均先治疗伴发疾病,待病情稳定后再行手术。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 采用下腹部正中或耻骨上纵切口,切开皮肤及皮下肌肉组织,于膀胱前壁作一小切口,吸出尿液,扩大膀胱切口,显露膀胱颈部,显露过程中须注意输尿管口位置。探查有无膀胱憩室、肿瘤、结石等,切开膀胱颈后唇深达前列腺腺体,剥离后摘除前列腺,止血后从尿道插入F18-20三腔气囊尿管,同时常规膀胱造口,行两路引流,术毕进行排尿通畅试验。

1.2.2 护理方法 主要方法:①暂时性尿失禁的护理。高龄患者发生尿失禁的危险相对较高[1],本组病例中,出现暂时性尿失禁的20例,拔管前让患者有充分的心理准备,嘱多饮水,夹闭尿管定时开放,有助于拔管后第一次顺利排尿,指导患者进行提肛肌训练4次/天,每次连续缩肛10下,每下不少于10 s,2下收缩间隔为5~10 s,高龄患者提肛肌训练不宜过频,否则易发生血尿。②术后尿道狭窄的预防。前列腺手术后可发生尿道狭窄和膀胱颈狭窄,造成排尿困难,严重时发生充溢性尿失禁[2],膀胱颈狭窄的预防是术中做膀胱三角区粘膜楔形切除,正确对合膀胱粘膜和尿道粘膜,避免膀胱颈过度缝合止血。术后尿道狭窄的预防是留置尿管时间不宜过长,尿管不宜太粗,用刺激性较小的硅胶导尿管,若已发生尿道或膀胱颈狭窄,一般做1~2次尿道扩张即可,对扩张无效的应作内切开处理。③膀胱痉挛的护理。由于手术的创伤及手术后持续膀胱冲洗等原因易造成术后膀胱痉挛,轻者应给予心理护理,指导放松疗法,保持引流的通畅,中重性可用镇痛泵,洛沃克或消炎痛等药物治疗,有文献认为20~30 ℃的冲洗液可有效减少膀胱痉挛次数,且老年人基础代谢率低,大量明显低于体液温度的生理盐水冲洗膀胱,不但易诱发膀胱痉挛且容易诱发心脑血管疾病[3]。临床上应极力重视,高龄老年人反应能力差,膀胱痉挛发作时没有明显下腹部疼痛,更多表现为膀胱冲洗不通畅,冲洗液反流等现象,应引起注意。

2 结果

手术时间70~120 min,平均90 min。切除腺体重量40~100 g,手术顺利,术后持续膀胱冲洗3~7 d,留置尿管时间3~7 d,膀胱造口10~14 d,术后住院10~20 d,平均15 d。术后1例

[收稿日期] 2009-06-16 [修回日期] 2009-07-08

心源性休克,经及时抢救治愈出院,5例发生尿道狭窄,20例暂时性尿失禁,无其它护理并发症。

3 讨论

高龄、高危BPH患者,由于机体除基础病变外,常伴发重要器官如心、脑、肺、肾等病变;开放手术仍具有一定的风险,近年来由于止血方法的改进,手术死亡率已大为降低,只要根据高龄、高危的病理生理特点,充分做好术后观察与护理,及时掌握处理各种并发症,做好健康宣传,确定随访对象,仍能取得很好的效果。

[参考文献]

[1] 覃丽玲,黄冬梅.高危患者前列腺汽化电切围手术期护理[J].局解手术学杂志,2005,14(6):39.

[2] 张玉海,邵 强.前列腺外科[M].北京:人民卫生出版社,2001.231.

[3] 王芦萍.膀胱冲洗液温度与膀胱痉挛间关系的临床研究[J].实用护理杂志,2001,17(5):20-21.

(编辑:侯晓宇)

青少年急性非结石性坏疽性胆囊炎1例

齐崧旭,谭云波,石洪波 (大理学院临床医学院普通外科,云南 大理 671000)

[关键词] 急性胆囊炎;坏疽;非结石性

[中图分类号] R575.61;R634 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)05-0368-02

急性非结石性坏疽性胆囊炎多见于老年病人,青少年罕见。我院收治了一名患非结石性坏疽性胆囊炎的青少年患者,现将治疗体会报告如下。

1 资料与方法

患者,男,15岁,白族,阵发性右上腹痛半年,加重2 d,以右上腹包块性质待查收住院。入院前半年无诱因出现右上腹部阵发性隐痛,向肩背部放射,伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,不含胆汁及血性物,伴发热,最高体温可达40 ℃,未予系统治疗。2 d前上述症状复发加重。体检:活动自如,查体合作,T37.8 ℃,P84次/分,R20次/分,Bp11.97/7.98 kPa。巩膜无黄染,心肺听诊正常,腹部稍胀,无胃肠型,呼吸活动不受限,上腹触痛,剑突下稍重,肝脾触诊不满意,肠鸣音正常。辅助诊断:WBC 21.5×10^9/L,RBC 4.81×10^{12}/L,Hb 129 g/L,PLT 361×10^9/L;肝功能:TP 77.8 g/L,ALB 33.8 g/L,TBIL 18.9 μmol/L,DBIL 8.5 μmol/L,IBIL10.4 μmol/L。既往史:2006年2月因皮肤紫癜,呕血,便血,外院诊断过敏性紫癜混合型,经内科保守治疗,至今无复发。腹部彩超:胆囊受压,形态大小正常,右上腹右肝下腹探及大小12.0 cm×7.3 cm×10.0 cm的实质低回声占位,形态不规则,内见大量不规则液相暗区,边界不清。提示:①右上腹实质占位病变并内部液化,坏死声像;②中量腹水声像。肝脏CT平扫加增强:胆囊窝与胃窦之间见一软组织块影,其密度不均,增强后病灶轻度强化,不均匀。术中所见:右上腹粘连明显,胆囊被包围,大小约12 cm×5 cm×5 cm,无光泽,无穿孔,胆囊动脉与胆囊管纤细,接近闭塞。胆总管无扩张,内无结石,充盈良好。腹腔有约500 mL淡血性液。行单纯胆囊切除术后,剖开胆囊见其壁色黑,壁厚,胆囊内为陈旧性凝血块,内无结石。

[收稿日期] 2009-06-10 [修回日期] 2009-07-24

2 结果

术中冰冻病理诊断:胆囊壁送检组织见结缔组织,炎性渗出及坏死。术后病理诊断:慢性胆囊炎急性发作(坏疽性)。痊愈出院,随访3个月,无异常。

3 讨论

急性胆囊炎按病因分类,有急性结石性胆囊炎和急性非结石性胆囊炎两类。急性非结石性坏疽性胆囊炎可以看作是急性胆囊炎病情发展的一个阶段,一种严重的类型,多见于老年病人。由于机体对炎症的应激反应能力差,且伴发疾病多[1],青少年非结石性坏疽性胆囊炎实属罕见。本例患者曾患有过敏性紫癜,引起皮肤及消化道的出血,可能是本病的一个诱发因素。有学者报道胆囊外因素如继发于严重创伤、烧伤、感染、大手术及全身严重疾病均可成为急性非结石性坏疽性胆囊炎的诱因[2]。因为胆囊只有一支终末动脉,当伴有低血容量时,易造成胆囊的缺血。也有资料认为术前症状持续时间是一个影响胆囊坏疽不容忽视的危险因素[3]。本例患者已有半年的病史,胆囊积脓极度膨胀压迫胆囊壁,影响其血液供应引起胆囊壁缺血坏死从而形成坏疽性胆囊炎。手术中见胆囊动脉与胆囊管纤细已近闭塞,这可能是局部解剖发育异常,是否先天因素影响本病,暂无确证。

关于非结石性坏疽胆囊炎的诊断与治疗,坏疽性胆囊炎手术切除胆囊已被公认。青少年坏疽性胆囊炎较为少见,诊断不易,且无敏感指标进行预测,因此临床医师需注意分析其易发因素,详细询问病史,结合实验室检查及B超检查结果有助于早期作出诊断,早期手术治疗,以减少并发症,提高治愈率。

[参考文献]

[1] Fagan SP, Awad SS, Rahwan K, et al. Prognostic factors forthe development of gangrenous cholecystitis[J]. Am J Surg,2003,186(5):481