维普资讯 http://www.cqvip.com

例，胰瘘1例，横结肠瘘1例，死亡3例(转入外院死亡2例)。

3 讨论

重症胰腺炎的发病机理虽然众家说法不一，但未能完全阐明。同时，该病的发生伴有多器官的损害，故死亡率很高。以往治疗方法有较多分歧，对于重症胰腺炎而言，发病早期应为胰腺损伤，胰酶分泌入血，从而造成血管内活性物质增多。该病初期，胰腺主要以水肿、胰体增大、变硬、腺泡破裂和小血管出血。此期的主要治疗是：降低血中的胰酶和抑制胰腺的分泌。施他宁等药物应用于临床，很明显的降低了重症胰腺炎的死亡率。该病的后期出现胰腺组织坏死及并发感染和多器官的损害。因此，我们在治疗重症坏死性胰腺炎时，除应用抑酸药物外，还需胃肠减压、禁食一般不少于一周、吸氧、纠正休克、防止酸碱平衡失调和营养支持、预防应用抗生素。因胰腺炎病人有一部份伴有糖尿病，故在补充热量时，一定要复查血、尿糖值，以免造成高血糖。本组非手术治疗只有一例死于多器官衰竭，其余均治愈。但患者在非手术治疗中，因病情恶化也需转手术治疗。从本组资料看，出现以下情况的，应实行手术治疗：①术前诊断不详，难以排除其它因素所致急腹症；②经非手术治疗病情无好转，腹膜炎加重，伴有全身中毒性休克或多器官损害；③胆源性胰腺炎应早期治疗；④彩超或CT检查病灶区域变大或胰周、胰后渗液增多。

重症坏死性胰腺炎的手术方式，我院所行的方法是胰被膜切开，清除确认的坏死组织，充分引流，术后可行引流管交替灌注冲洗，胰腺被膜切开后虽不能完全阻止胰腺的继续坏死，但被膜切开后，胰腺减压，改善胰腺的血液循环，对胰腺坏死起到一定的缓解作用，并可行三造口，即胆囊、胃和空肠造口，从而保证胰腺休息，空肠造口为营养造口。

综上所述，作者认为重症胰腺炎的早期非手术治疗优于手术治疗。在非手术治疗过程中，一定要严密观察病情变化，多次反复的做各项检查，如出现手术适应证，应尽早手术治疗，避免失去最佳手术时机。

(编辑：张天飞)

AF内固定椎间植骨治疗腰椎滑脱的体会

牛广续，苏万海，吕宝民，任玉斌 (新疆兵团奎屯医院骨科，新疆 奎屯 833200)

[关键词] 腰椎滑脱；AF内固定；椎间植骨
[中图分类号] R687.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0213-02

腰椎滑脱是腰腿痛的常见病因之一。我院于1998年至2000年共收治腰椎滑脱患者48例，其中有13例采用AF内固定椎间植骨术治疗，效果满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男10例，女3例。年龄42~64岁，平均58.6岁，55岁以上者9例，占69.2%。发病和病程：4例无明显诱因缓慢发病，6例有长期重体力劳动史，3例有腰部外伤史。

1.2 临床表现

本组13例中，均有长期(均大于6个月以上)下腰部钝痛，单侧下肢放射痛者8例，双侧下肢放射痛3例，出现马尾压迫综合征者2例。

1.3 影像学检查

X线平片上均有不同程度的腰椎滑脱，斜位片显示峡部有裂隙增宽、硬化、颈部细长、延长等。其中腰4滑脱者4例，腰5滑脱者9例，Ⅰ度滑脱者10例，Ⅱ度滑脱者3例。

1.4 手术方法

以腰4滑脱为例，俯卧位，硬膜外麻醉。以腰4椎体棘突为中心，行后正中纵形切口，常规显露椎板及两侧椎弓根。腰4、5全椎板减压，解除神经根压迫，再向一侧牵开硬膜囊，先行髓核摘除，再用大号环锯切除腰4~腰5部分纤维环及骨质。环锯方向为由腰5斜向前上方，角度为30°左右。行AF内固定，纠正滑脱后固定。于髂后上嵴用小号环锯钻取一圆柱状骨柱，植入腰4~腰5椎间隙，用圆柱状铁棒击入牢固。常规关闭切口，术后常规激素、脱水治疗一周，卧床10~12周，无需石膏外固定。

2 结果

本组随访12~36个月，平均18个月。2例症状减轻，劳累后加重；8例症状完全消失；3例症状明显减轻，偶有腰部酸疼。术后3个月拍片腰椎复位良好，植骨均已完全融合。

3 讨论

腰椎滑脱的手术方式很多，有椎板切除减压术，峡部直接修复植骨内固定；椎板横突植骨术；脊柱融合和复位内固定等。以上方法往往只能减压，植骨融合，但无法复位或复位后减压不彻底，且术后需石膏外固定。增加了病人的痛苦。本方法将减压、植骨融合、纠正复位同时进行，不必长期卧床。且术后不遗留腰部活动障碍。

[收稿日期] 2004-10-08 [修回日期] 2004-12-30

维普资讯 http://www.cqvip.com

本手术优点:①减压彻底,术中行全椎板减压,初步缓解神经根、脊髓受压。同时术中以行AF内固定术,纠正椎体移位,可进一步缓解压迫症状。②由于所植骨用不同环锯所取,所以结合紧密,固定牢靠。提高了植骨愈合率,同时也可避免较多的取骨,减少了创伤。③术中行AF内固定的同时以行植骨融合,恢复了脊椎的稳定性。术后无需石膏外固定,不必长期卧床,无石膏固定的并发症,进一步提高了治疗的效果。

关于手术的适应证:①腰椎进行性滑脱且有症状者。②腰椎滑脱明显症状较重,非手术治疗不能缓解者。③下肢出现神经症状或马尾神经压迫症状者。本方法在减压植骨融合同时复位极好,故对于II度滑脱者也适用。但本法操作相对复杂,手术时间长,故应严格掌握适应证。

术后并发症的处理:由于术中过度牵引神经根,术后患者往往有下肢神经症状,如足下垂、下肢放射痛明显。本组出现2例,术后行营养神经、对症处理,术后8周均恢复正常。

(编辑:邱全光)

Swenson改良法治疗先天性巨结肠17例体会

马万选,黄 松,曹运萍,张佳勋 (营口市第二人民医院外三科,辽宁 营口 115000)

[关键词] 改良Swenson术;巨结肠;先天性
[中图分类号] R574.62 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0214-01

先天性巨结肠症又称无神经节细胞症,是因病变肠管神经节细胞缺如,致肠道平滑肌持续性收缩呈痉挛状态,导致粪便通过障碍[1],为彻底解除患者病痛,常需手术治疗。我院1988年以来采用Swenson改良法手术治疗先天性巨结肠常见型和长段型共17例,疗效满意。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组17例,男14例,女3例。年龄最小7个月,最大5岁。全部病例均有胎粪排出延迟、腹胀、便秘等临床表现。X线钡灌肠检查确诊常见型13例,长段型4例,术中所见及病理证实诊断。

1.2 手术方法

取左下腹旁正中切口。探查明确病变肠段,直肠两侧腹膜反折处剪开,注意保护输尿管,游离直肠后间隙至齿状线上方,靠近直肠壁切断直肠两侧韧带,前方可不分离。再向上游离结肠系膜及血管,(缝合结肠切除标志线,呈前高后低斜面。然后转至会阴部。先扩张肛门,放入卵圆钳,把结肠可靠结扎固定在钳颈部,叠套拖出直肠、结肠。切断直肠,继续拖出结肠至见标志线为止。切除多余大肠。直肠呈四瓣剪开,后壁距齿线1 cm,前壁5 cm,两侧3 cm与保留结肠按标志线对应浆肌层缝合,中间加针缝合浆肌层一周,边缝合边切除多余肠管。在检查吻合口无出血及漏针后剪除缝线。将肠管退送回盆腔。肛门塞油纱条。常规关闭盆腔、后腹膜、腹腔。

2 结果

本组17例术后便秘消失,无吻合口狭窄及瘘,无盆、腹腔感染。1例出院4 d突发小肠结肠炎,高热、大量腥臭便,救治无效死亡。门诊随访3个月~3年,获访12例,1例轻度腹泻3个月好转,2例偶有污便,9例无便秘、便失禁。4例失访。

3 讨论

先天性巨结肠症是小儿外科中较常见的胃肠道发育畸形,手术方式较多,手术疗效与外科医生对该术的操作精细和经验水平有关。但治疗的共同目的是恢复患儿的正常排便。为此要解决排便的感觉、动力、通路、制约四个问题。Swenson术式可以满足以上要求。本术式病变肠管包括痉挛、移行、扩张肠管切除在肛外,吻合肠管亦在肠外进行减少了腹腔污染。保留结肠与直肠斜面对应吻合,保证吻合口宽度,避免吻合口狭窄,但结、直肠各自斜面大小应根据不同年龄,结肠宽度考虑。结肠直肠断端口经大小不一致,浆肌层、全层缝合时先行后前及两侧中点定位缝合,口径较大一侧肠管针距稍宽,口径较小一侧针距稍窄进针,以保证吻合效果。全层缝线待检查吻合口有无出血、扭曲、漏针后再剪除,且防止吻合口自行向盆腔退缩影响操作。改良Swenson术式有以下优点[2]:吻合口呈前高后低的斜面,周径较其它术式扩大;术后不必扩肛,无肛门狭窄发生。最大限度保留内括约肌,避免了肛门失禁产生的可能性。不使用巨结肠夹,护理方便,可减少损伤和感染。肛门外切除结肠,减少腹腔盆腔污染机会。直结肠端端吻合且为心状吻合术后不会发生盲袋闸门,避免了因吻合口挛缩而造成的排便困难。该术式盆腔创伤小,无排尿困难发生,术中术后不必置尿管,杜绝了尿路感染机会。本术式操作简便,易掌握,又无需特殊器械,适宜在基层医疗单位开展应用。

参考文献

[1] 凌希莲. 先天性巨结肠症行Swenson改良术的护理配合[J]. 齐鲁护理杂志,2002,8(3):189.
[2] 陈小梅. 30例先天性巨结肠Swenson术式治疗体会[J]. 中国综合临床,2003,19(1):91.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期]2005-01-15 [修回日期]2005-03-19