维普资讯 http://www.cqvip.com

病，仍以手术治疗为主，本组病人术前均口服各种有关BPH的药物未愈而行手术治疗。

开放手术和TVP都是切除前列腺的增生部分，止血是难题和关键。开放手术的止血主要是缝扎部5－7点，前列腺颈部连续锁边缝合，气囊充水压迫腺窝。术后冲洗12～14 d。TVP止血是靠局部组织高温和电凝，汽化电切时的局部组织温度可高达400℃左右。在相对直视下观察出血点，电切电凝多能取得良好的止血效果。气囊充水压迫前列腺窝或略加牵引均有助于止血，术后冲洗时间为3～5 d，手术时间40～50 min。

开放手术感染的机会较大，包括皮肤切口、膀胱前列腺窝等，一旦伤及外括约肌就有尿失禁的可能，而TVP则是在镜下直视仔细修切精阜周围腺体，应用电切环在小功率下很容易避开外括约肌，损伤的机会几乎没有。但感染的问题，虽然创伤小同样不可忽视，否则感染也易招致结痂脱落而致大出血。TVP有16例发生合并症。①拔管后仍排尿障碍5例，其中2例为术后括约肌水肿，经再次留置导尿7 d后排尿通畅；2例为手术初期经验不足，前列腺尖部切除不够造成继续梗阻；1例为膀胱颈部上方垂落粘膜形成活瓣致排尿障碍，后3例经再次电切排尿通畅。②术后大出血6例，其中5例拔管后7 d发生出血，主要由于大便干燥，排便时增加腹压，结痂脱落所致，经用止血药或留置尿管治愈。另1例因前列腺窝感染反复出血，虽经再次镜下止血，膀胱切开，腺窝缝扎仍数次大出血，3月后患者间歇性出血停止。③术后尿失禁2例，术后1～2个月停止。④前尿道狭窄2例，与插镜动作粗暴有关，经尿道扩张治愈。⑤包膜穿孔1例，术后患者腹胀，B超示腹腔积液，血钠122 mmol/L，立即停止膀胱冲洗，取半卧位，静滴高渗氯化钠，静推速尿，预后良好。

电切综合症也是一个重要并发症，手术时间长，腺体创面过大，汽化过程中吸收大量水分易致水中毒，因此Ⅲ度以上的BPH，术前7 d先膀胱造瘘，利于术中冲洗，有1例患者前列腺82 mm×70 mm×60 mm，为保持术中顺畅冲洗，按此法处理，获得良好治疗效果。冲洗液为5%葡萄糖液，有糖尿病的病人可用4%甘露醇液。

另外，术前膀胱镜检查尤为必要，以了解前列腺的确切大小。开放手术往往需要输血400～600 ml，TVP大部分不需输血或个别病例少量输血。对于小前列腺增生尤其合并前列腺纤维化的治疗，开放手术效果欠佳，宜行TVP。

总之，TVP病人痛苦少，打击轻，如果出现并发症处理容易，费用低于开放手术，患者容易承受，手术适应证范围明显扩大。在没有很严格的禁忌证的情况下，TVP应为BPH病人治疗的首选。

（编辑：蒋登金）

重症胰腺炎手术与非手术方法的分析

覃 旭，柏庆堂，邹京晨 （桦南林业局职工医院外科，黑龙江 桦南 154400）

[关键词] 重症胰腺炎；手术治疗；非手术治疗
[中图分类号] R657.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0212－02

重症胰腺炎是一种死亡率高，并发症多，治疗困难的外科急腹症，其发病急，病情进展快，易引起全身多脏器功能的损害。随着抗生素及抑酶药的发展，对重症胰腺炎的治疗临床上也出现了较大的改观，综合分析1995年至2004年我院收治的24例重症胰腺炎的治疗方法，进一步讨论重症胰腺炎的更合理治疗选择。

1 资料与方法

1.1 临床资料

24例重症胰腺炎患者，其中男性21例，女性3例，年龄34～65岁，平均43.6岁，非手术治疗20例，手术治疗4例。胆源性胰腺炎16例，其中伴梗阻性黄疸2例，暴饮暴食及大量饮酒的6例，其它原因2例。重症胰腺炎的诊断依据为：①血、尿淀粉酶升高（血24 h升高）；②彩超或CT见胰腺出现炎性改变，边缘液性暗区；③测腹腔渗液淀粉酶增高。

[收稿日期]2005－01－15 [修回日期] 2005－02－23

1.2 治疗方法

非手术治疗：以维持体内酸碱平衡及内环境稳定为主的治疗措施。①禁食、胃肠减压；②抗休克纠正电解质紊乱及酸中毒；③应用抑制胰腺分泌和降血酶的药物（善保定、施他宁、加贝脂等）；④营养或肠造口营养支持；⑤应用抗菌素预防及控制感染；⑥加强重要功能的监护与支持。

手术治疗：重症胰腺炎的治疗原则是清除已确认的坏死组织和胰周的坏死炎性组织，从而减少毒素的吸收和胰腺释放化学物质的刺激，充分引流胰腺分泌物和坏死脱落组织。放置引流管不应少于6～8条。广泛清除胰腺组织和胰床完全松动是不可取的，因为重症胰腺炎的病理特点是渐进性的，坏死组织与正常组织分界不清，大量清除胰腺组织及破坏胰腺的血运，均可加重胰腺的坏死及损伤正常的胰腺组织。我院近年对胰腺手术一般只行胰被膜切开减张，清除确诊的坏死组织，胰周充分引流，胆源性胰腺炎行胆囊切除、T型管引流。

2 结果

本组共出现休克6例，肾衰4例，消化道应激溃疡大出血3

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