维普资讯 http://www.cqvip.com

2.治疗方法:把接受治疗的患者分成A、B两组。A组38例(其中中度糜烂25例,重度糜烂13例)。采用电熨术的同时配用药物治疗。一般在电熨术后10 d复诊时,宫颈创面涂碘甘油和龙胆紫药水,然后再在创面及阴道后穹窿处喷洒甲硝唑药粉(取甲硝唑片剂0.4 g,研细后用)每日一次,4周后再次复诊;B组35例(其中中度23例,重度12例)采用单纯电熨术治疗,作为对照并在4周后复诊。上述73例患者均为宫颈分泌物涂片检查细胞分类Ⅱ级以下,无滴虫和白色念珠菌感染,月经干净3~7 d后手术。术后8周内禁盆浴,性交和阴道冲洗。

二、结果

A组患者4周后复诊,34例创面愈合良好,光滑无充血,4例有局部粘膜充血,创面不平(术前曾诊断为重度宫颈糜烂伴宫颈肥大),这4例术后6周复诊均愈合良好。B组患者4周后复诊20例愈合基本良好,15例创面愈合不佳,有充血不光滑,其中6例自述术后10余天时有阴道流血现象。对此,又进行术后6周复诊,结果9例基本愈合,余下6例嘱其自行阴道用药(甲硝唑阴道泡腾片每日一次,每次一片,用药一周),术后8周复诊愈合良好。

三、讨论

1.宫颈糜烂是临床常见的一种妇科疾病,是慢性宫颈炎的一种病理表现。多见于分娩、流产和手术损伤宫颈后导致病原体侵入而引起感染。由于宫颈管粘膜为柱状上皮层,抵抗力弱,病原体侵入柱状上皮所覆盖部分,加之宫颈粘膜皱襞多,病原体易潜伏此处,故感染不易彻底清除,最后形成慢性宫颈炎[1]。由于宫颈糜烂可以发生癌变,故又称是宫颈癌前病变。因此早发现及时治疗甚为重要。按糜烂面与宫颈面积的比例分为轻、中、重度,糜烂面占整个宫颈面积的1/3以下为轻度;占1/3~2/3为中度;超过2/3为重度。其中中、重度需要手术治疗才能愈合。对于来院就医的中、重度宫颈糜烂患者都给予积极治疗,均取得良好效果。在治疗中,作者对中、重度采用电熨术和药物配合治疗宫颈糜烂的方法,在本次调查中其愈合情况明显优于对照组,尤其是能缩短疗程提前愈合,这说明术后阴道给予药物维护很重要。特别是甲硝唑和龙胆紫都是廉价的常用药品,对宫颈粘膜有抗炎和收敛的作用,建议门诊将其用于治疗宫颈糜烂的首选方法。

2.本文认为采用甲硝唑药粉表面上药具有抑制滴虫和厌氧菌生长的作用,配用龙胆紫外涂能减少局部组织的渗出,一般创面活动性出血和排液量增加大多发生在电熨术后10 d左右,所以在此期间给予一定的处置有利于预防和减少活动性出血,加速痂面的愈合,减少宫颈糜烂的复发率,提高阴道自洁功能,有益于妇女的身心健康,提高生活质量。

3.以往认为,绝经期后,随着雌激素水平的急剧下降,妇女很少患宫颈糜烂。现在人们的饮食结构从质量上有了很大的提高,有些妇女虽已绝经,但阴道和宫颈萎缩情况降低,易发生宫颈糜烂。值得提出的是在日常生活中如发现有性交后出血情况,还应注意检查宫颈,涂片常规检查异常后应及时治疗,避免其他疾病的发生。

参 考 文 献

1.乐 杰,主编. 妇产科学. 第四版.北京:人民卫生出版社,1997.288.
2.郑惠国,梁素娣,主编. 现代妇科治疗学. 广东科技出版社,1995. 30.

(收稿日期:2002-12-18)

十二指肠损伤术式选择的探讨

柳运海* 韩 力* 庞 辉**

十二指肠损伤属腹内脏器严重伤,诊断和处理上都存在不少困难,病死率高达10 %~27.8 %[1]。伤后除延误诊断造成不可逆休克死亡外,其死亡多因手术处理不当引起十二指肠瘘而导致感染、出血和衰竭[1]。因此,对十二指肠损伤病人术式的正确选择,在十二指肠损伤的治疗中具有十分重要的意义。我院自1995年7月至2001年4月收治十二指肠损伤14例。手术至受伤时间2~72 h,平均18.8 h。损伤裂口3 cm以下6例,损伤裂口3 cm以上8例,本组术后瘘发生率2/14,病死率1/14。3 cm以下裂口损伤术后均痊愈,无狭窄,无瘘。3 cm以上裂口损伤术后狭窄及瘘发生率2/14,病死率1/14。其中行十二指肠空肠Roux-en-Y吻合,并"T"管引流3例无并发症,顺利康复,随诊1~5年均未影响生活质量。现报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料:本组十二指肠损伤14例,其中男13例,女1例。年龄24~45岁,平均32.4岁。十二指肠损伤第2段10例,第3段1例,第2、3段交界2例,第4段1例。损伤裂口3 cm以下6例,裂口3 cm以上8例,其中合并肝破裂2例,胃、胰挫裂伤3例,血气胸1例。腰椎压缩性骨折1例,右桡骨远端骨折1例。

2.手术方法:手术至受伤时间2~72 h,平均18.8 h。损伤裂口3 cm以下6例,行局部修补2例,局部修补加球部引流1例,裂口内置管引流2例,局部修补加胃空肠吻合1例。损伤

* 作者单位:116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院
** 金州区第二人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

裂口3 cm以上者8例,局部修补1例,裂口内置管引流1例,裂口内置管引流加远端胃切除1例,十二指肠端端吻合1例,憩室化手术1例,十二指肠空肠Roux-en-Y吻合,吻合口"T"管引流术3例。

二、结果

本组14例,手术后瘘的发生率为2/14,病死率1/14。3 cm以下裂口损伤术后均痊愈,无狭窄,无瘘。3 cm以上裂口损伤术后狭窄及瘘的发生率为2/14,病死率为1/14。其中行十二指肠空肠Roux-en-Y吻合,并"T"管引流3例,无并发症,顺利康复,随诊1~5年均未影响生活质量。

三、讨论

目前十二指肠损伤的手术方法及其适应证主要有下列几种[1,3]:(1)单纯修补术;(2)带蒂肠片修补术或肠浆膜面贴补术;(3)损伤肠段切除,十二指肠端端吻合术;(4)憩室化手术;(5)胰头十二指肠切除术;(6)空肠十二指肠吻合术;(7)裂口处置管十二指肠造瘘术。由此可以看出十二指肠损伤的手术类型很多,一般来讲小的裂伤处理比较简单,并发症少,愈合较好,主要的困难是处理大的复杂损伤。理论上讲憩室化手术及裂口处置管十二指肠造瘘术应该是安全可靠的手术,两者均行减压引流或转流符合十二指肠手术原则,但对大的复杂裂伤,憩室化手术中裂伤缝合处由于十二指肠的解剖,生理特点仍易出现狭窄和瘘。本组有十二指肠第2段2/3周裂伤病人1例,憩室化手术后出现十二指肠裂口处瘘,最终死亡。文献上曾有十二指肠大裂口损伤憩室化手术后出现十二指肠狭窄,梗阻的报告[4]。国外近年来憩室化手术有减少趋势[5],单纯的裂口处置管十二指肠造瘘对大的复杂裂伤并不适用,因为要封闭裂口,势必缝合内翻较多,加之十二指肠腔小,易造成十二指肠裂口处梗阻,最终发生裂口处瘘。本组有1例十二指肠损伤裂口3 cm者,行裂口处十二指肠造瘘加远端胃切除胃空肠吻合,术后发生瘘。

外科手术的原则应安全、简单、有效,该原则对十二指肠损伤显得尤为重要。与复杂费时的憩室化手术相反,十二指肠空肠Roux-en-Y吻合,吻合口置管经肠管潜行由腹壁引出体外引流是一种简单、安全、有效的手术方法,该术适应证要求条件均较宽,手术技术也易掌握。在国外十二指肠空肠Roux-en-Y吻合已广泛应用于十二指肠损伤占肠周壁75%的病例,尤其是靠近十二指肠乳头或合并乳头,胆管损伤者尤其应使用该术式[5]。作者体会空肠血运良好,与十二指肠裂口吻合无张力,吻合口容易愈合,不会出现狭窄和梗阻,因为消化液或经远端十二指肠,或经空肠排出十二指肠。作者将胆管空肠Ruox-en-Y吻合并"T"管引流的原则,应用于十二指肠严重损伤的病例,吻合口置管经空肠袢引出体外进一步避免了吻合狭窄、梗阻及瘘的发生。拔管时可先造影,根据造影结果决定是否拔管。

参 考 文 献

1.吴阶平,裘法祖,主编.黄家驷外科学,第5版.北京:北京人民卫生出版社,1992.1025-1026.
2.吴孟超,主编.腹部外科学.上海:上海科技文献出版社,1993.78-79.
3.石美鑫,能汝成,李鸿儒,主编.实用外科学.北京:人民卫生出版社,1992.554-555.
4.贾元利,朱晓丹.十二指肠损伤合并梗阻性黄疸4次手术1例分析.中国实用外科杂志,1995,9:516.
5.Cawill EH. Richardson JD, Miuerfb E, et al. Managememt of duodenal injuries. J Trauma, 1996,40:1337-1440.

(收稿日期:2003-02-18)

非梗阻性胆源性重症胰腺炎早期非手术治疗体会

高 彤* 郝治中* 朱 明*

胆源性重症胰腺炎的治疗有手术疗法和非手术疗法两种,有的患者在入院后需立即手术,有的患者可以早期非手术治疗。我院自1995年1月至2002年12月收治重症胰腺炎52例,其中非梗阻性胆源性重症胰腺炎14例,经早期非手术治疗获得满意疗效。现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:我院自1995年1月至2002年12月收治非梗阻性胆源性重症胰腺炎14例。其中男性11例,女性3例。年龄25~86岁,平均59.5岁。

2.诊断标准

(1)中华医学会胰腺外科学组2001年制定《重症急性胰腺炎诊治草案》急性胰腺炎病人伴有脏器功能障碍或出现坏死、脓肿、假性囊肿等局部并发症或两者兼有[1]。(2)B超或CT检查胆囊或胆总管内有结石、胆囊壁水肿增厚、胆总管直径<1.0 cm。

3.治疗措施

(1)抗休克、补充血容量、预防多器官组织低灌注损伤,(2)防治低氧血症,(3)促进胃肠功能的恢复,(4)选用能通过血胰

* 作者单位:050011 石家庄市铁路中心医院