维普资讯 http://www.cqvip.com

屏障,并对肠道、胆道常见菌有效的抗生素,(5)营养支持,(6)抑制胰液分泌。

二、结果

本组病例经早期非手术治疗,症状均缓解。择期手术6例,其中行胆囊切除2例,行胆囊切除加胆总管探查3例,内镜Oddi括约肌切开取石1例。

三、讨论

1. 非梗阻性胆源性重症胰腺炎早期非手术治疗的价值

近年来随着胆石症的发病率增加,急性重症胆源性胰腺炎的发生率也急剧增加。在欧洲急性胰腺炎患者中60%可检出结石,而胆石症患者胰腺炎的发生率约为无胆石患者的4倍[2]。胰腺炎时因胆汁、胰液返流而造成胰管内压力升高。据测定胰管内压力在3.92 kPa(40 mmH_2O)时即可出现小胰管破裂、胰液外渗、微血管痉挛[3]。重症胰腺炎病程早期手术难以阻止胰腺坏死的病理学进程,也不能消除炎症反应。手术本身又加重了机体的损害和负担以及胰腺周围组织微循环血液供应和代谢紊乱,同时又增加感染机会和并发症发生率。本组均选用早期非手术疗法,症状缓解均获得满意疗效。故有胆道梗阻胆源性重症胰腺炎者应急诊手术或早期手术。而非梗阻性胆源性重症胰腺炎可选用早期非手术治疗。

2. 早期非手术治疗措施

(1)抗休克、补充血容量、预防多器官组织低灌注损伤。给予低分子右旋糖酐可以扩容、改善微循环。同时输白蛋白、少量血浆提高胶体渗透压,补充血容量减轻组织水肿。(2)防治低氧血症。给予持续吸氧,必要时可行呼吸机辅助呼吸。(3)促进胃肠功能的恢复。作者选用50%硫酸镁胃管注入,促进胃肠蠕动,减少细菌过量繁殖,保护胃肠道屏障功能,减少细菌移位,也可以促进腹腔渗液的吸收。另外,硫酸镁可使Oddi括约肌松弛,有利于胆汁、胰液的引流,减少细菌感染机会。输白蛋白、少量血浆可减轻胃肠道组织水肿促进胃肠功能的恢复。(4)选用能通过血胰屏障,并对肠道、胆道常见菌有效的抗生素。Widdison研究发现常见病源菌有大肠埃希杆菌、肺炎克雷伯杆菌、类肠球菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌等[4]。目前公认穿透性好的药物有碳青酶烯类、奎诺酮类、甲硝唑、哌拉西林、头孢他啶等。作者选用甲硝唑加奎诺酮类、头孢他啶或头孢哌酮。继发性感染也不容忽视,重症胰腺炎患者免疫功能紊乱,院内获得性感染发生率高,本组出现霉菌感染5例。所以,在抗生素应用一周病人出现霉菌感染征象,加用抗真菌药物。(5)营养支持。通过胃肠外营养,补充足够的热量,减少机体消耗,增强机体抗感染能力。(6)抑制胰液分泌。选用西米替丁、5-FU加善得定。善得定是一种人工合成的生长抑素八肽衍生物。杨志英研究结果提示溶酶体在急性坏死性胰腺炎的发生、发展过程中起重要作用,生长抑素明显抑制和减少了溶酶体的释放,减轻了急性坏死性胰腺炎过程中溶酶体的损害,尤其是抑制了腹腔液中的溶酶体酶活性,提示生长抑素可能通过细胞保护对急性坏死性胰腺炎发挥治疗作用[5]。(8)改善微循环。陆永良等对69例急性坏死性胰腺炎病人选择胰供血动脉造影发现40例存在着不同程度的胰腺损害和胰供血障碍[6]。作者选用低分子右旋糖酐、复方丹参及654-2缓解胰腺小血管痉挛,改善胰腺微循环功能。本组的治疗结果表明非梗阻性胆源性重症胰腺炎可选用早期非手术治疗是可行而有效的。

参 考 文 献

1. 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症胰胰炎诊治草案. 中国实用外科杂志, 2001,21(9):513.
2. Huibregtse K, Smits ME. Endoscopic management of diseases of the pancreas. Am J Gastroenterol, 1994, 89:66-77.
3. 王自法,潘承恩,刘绍浩. 重症急性胰腺炎发病机理研究进展. 中华普通外科杂志, 1994,14:144-146.
4. Widdisson AL. Pathogenesis of pancreatic infection. Ann R Coll Surg Engl. 1996,78(4):350.
5. 杨志英,唐伟松,赵平,等. 急性坏死性胰腺炎葡萄糖醛酸酶活性的变化及生长抑素对其的作用. 中华普通外科杂志, 2001, 16(11):660.
6. 陆永良,顾凤元,郑少秋,等. 急性坏死性胰腺炎胰供血动脉改变的观察. 中华普通外科杂志,2001;16(11):655.

(收稿日期:2003-02-18)

气管插管在抢救新生儿窒息中的作用

董建英* 丰淑林** 孙玉梅***

新生儿窒息是新生儿娩出后一分钟仅有心跳而无呼吸或未建立规律呼吸的缺氧状态[1],是围产儿死亡的主要原因之一。如抢救不及时不准确,即使新生儿存活,因缺氧所造成的中枢性损害也是难以挽回的。所以及时地处理窒息儿,对争取

* 作者单位:161200 黑龙江省富裕县人民医院
** 富裕县妇幼保健院
*** 齐齐哈尔市建华区医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

良好的预后至关重要。现结合我院经治的病例，就气管插管在抢救新生儿窒息中的作用介绍如下。

一、资料与方法

1.诊断标准：按实用妇产科学中新生儿窒息的诊断标准Apgar评分[1]，0～3分者为重度窒息，4～7分为轻度窒息。

2.发病率：1998年1月至2000年12月间，我院共分娩新生儿1342例中有147例窒息儿，发病率10.95%，重度窒息51例，发病率3.8%，其中28～37周者41例，37～42周者73例，大于42周者33例。

3.分娩方式：正常分娩33例，侧切术35例，胎头吸引术（初产妇给予侧切）41例，臀位助产9例，剖宫产29例。

4.窒息原因：胎儿宫力窘迫43例（包括羊水污染Ⅱ度以上32例）（29.25%），产程延长27例（18.37%），脐带因素38例（25.85%），妊高症13例（8.84%），过期妊娠17例（11.57%），原因不明9例（6.12%）。

5.抢救方法：96例轻度窒息经ABCD[2]方案抢救，其中窒息加重8例改气管插管。51例重度窒息出生后全部行气管插管。先用负压吸引器较彻底的吸出呼吸道内的羊水、血液及分泌物，然后接通气囊加压给氧，频率为30次/min左右，同时经脐带静脉给5%碳酸氢钠，地塞米松，维生素C，肾上腺素，纳洛酮。

二、结果

147例窒息儿中，死亡2例，其中1例为肺透明膜病，1例为重度妊高症并过期妊娠（孕44周）。

三、讨论

1.气管插管能较彻底的吸出呼吸道的羊水、血液及分泌物，防止新生儿第一次呼吸吸入肺内而进一步加重窒息。新生儿窒息多数为胎儿宫内窘迫的延续，羊水多已被污染。用气管插管可较彻底的清除呼吸道内的羊水、血液及分泌物。本组中有32例羊水污染，经此处理，无一例发生胎粪吸入综合征。气管插管人工呼吸能有效的改善新生儿缺氧状态，迅速纠正因窒息引起新生儿呼吸性酸中毒及代谢性酸中毒，能迅速改善脑缺氧，从而防止脑水肿及脑细胞坏死的发生，有效的降低围产儿的死亡及改善其预后。

2.气管插管复苏一定要迅速，准确有效，要高度警惕重度窒息的出现，重点放在高危妊娠的分娩过程中，提前作好准备，一旦发生羊水污染，阿氏评分低，要迅速进行气管插管。我院在产程中发现胎儿宫内窘迫，即请麻醉科医生到分娩室，共同抢救新生儿，以免因操作不当而延误治疗，以及因气管插管而引起的并发症。

3.在气管插管人工呼吸保持呼吸道通畅的同时，采用药物治疗，即脐静脉注射5%碳酸氢钠（3 ml/kg）加等量25%葡萄糖，地塞米松2 mg，维生素C 0.1 g，肾上腺素0.01～0.02 mg/kg，纳洛酮0.01 mg/kg，肌注维生素K_1 10 mg，进一步纠正窒息后引起的酸中毒，并减少葡萄糖的利用，使血糖增加，提高机体的应激能力，改变机体的反应性，稳定细胞膜，减少炎性渗出，防止脑水肿。但应强调在整个复苏过程中应保暖，在未建立良好透气前禁止使用碳酸氢钠。

我院抢救的窒息儿中可以看出，气管插管在抢救中起到了非常重要的作用，为以后的进一步治疗赢得了时间，有效地防止了因窒息时间长，严重缺氧而引起的脑损伤，但气管插管必须在第一次呼吸前使用[3]，尤其对重度窒息儿抢救其第一分钟的第一次呼吸是必不可少的，本组新生儿出院后随访至今均未发现中枢神经系统后遗症。

参 考 文 献

1.王淑贞，主编. 实用妇产科学. 第一版. 北京：人民卫生出版社，1992，8：427－473.
2.陈自励. 新生儿窒息. 现代复苏技术的新动态. 实用妇产科与产科杂志，2000，16：232.
3.Carson BS, Rosalind WL, Watson AB, et al. Combine obstetric and pediatric approach to prevent meconium aspiration syndrome. Am J Obstet Gynecol, 1976, 126:712.

（收稿日期：2003－02－17）

颊脂垫切除在颊部美容手术的应用体会

张 伟* 隋永强**

随着社会的进步，人们对面部轮廓特征要求越高，希望能改变臃肿颊部外观的求医者越来越多。近来，我科对21例来诊者进行了颊脂垫切除手术，均取得了满意的疗效，报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组共21例，均为女性。年龄在19～34岁之间。有15例以颊部过于丰满为主诉就诊，6例要求将方脸改变成瓜子脸为主要目的。检查时发现就诊者颊部丰满，大都呈圆脸状，颊部轮廓和周围结构无明显界限。当检查时用手捏住颊

* 作者单位：114001 辽宁省鞍山市第三医院显微整形手外科
** 鞍山市骨科医院显微整形手外科