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

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