维普资讯 http://www.cqvip.com

先天性胆总管囊肿16例诊治体会

唐连君*

先天性胆总管囊肿是指胆管包括肝胆管和胆总管因先天性发育异常而引起的囊状扩张。由于近年来各种检查手段的日益完善,本病在国内的发生率也不断增加。我院从1992年到2001年共收治16例先天性胆总管囊肿,现将诊治经验报告如下。

一、临床资料

本组16例,男性4例,女性12例,男女之比为1:3。平均年龄23.6岁。右上腹部疼痛占95%,黄疸占37%,腹部肿块占9.7%,三者皆有占16%,另有42%的患者有发热症状。囊肿的分型:根据Alonso-lej分类法,共分5型:Ⅰ型,胆总管梭状扩张11例,占68.7%;Ⅱ型,胆总管憩室1例,占6%;Ⅲ型,胆总管末端扩张2例,占12.5%;Ⅳ型A,肝内外胆管囊状扩张1例,占6%;Ⅳ型B,肝外胆管多发囊状扩张1例,占6%;Ⅴ型,肝内胆管多发的囊状扩张在本组未发现。辅助检查:16例患者,除1例外伤时发现外,其余均行B型超声检查,12例行ERCP检查,基本上明确诊断。手术方式:15例患者行囊肿切除,肝门部胆管空肠吻合术。病理检查:囊肿大多数直径为4~6 cm梭状囊肿,囊肿壁由纤维结缔组织构成,大多数呈明显的炎性细胞浸润,表面有肉芽组织,厚度在0.30~0.50 cm之间。随诊12例,平均随诊时间2年左右,患者的症状明显改善。

二、讨论

1.发病机理:主要有以下几种学说:(1)胚胎学说:胚胎早期,胆管上皮增殖不平衡,空泡化不平衡,远端狭窄,近端脆弱而形成囊肿。(2)胰胆管合流异常学说:胰胆管共同管道过长,管道内压力过大,胰液反流入胆管,引起复发性的胆管炎,上皮脱落,管道变薄,膨出而成。该学说已被广泛接受。(3)胃肠道神经内分泌学说:先天性胆总管囊肿胆管壁神经干细胞较正常明显减少,且其减少的数目与患者的临床症状和损害的程度成正相关,囊肿是由于先天胃肠道神经内分泌调节失常所造成。该学说受到高度重视,但有待于进一步研究和证实。近几年Benhidjeb等报道了16例胎儿,经内窥镜B超诊断为胆总管囊肿,平均29~40周在产后行囊肿切除,胆肠吻合。病理检查证实为胆总管囊状扩张。该报道表明在出生前胆总管的囊肿已经存在。

2.临床症状:一般认为先天性胆总管囊肿的典型三联症是腹痛,黄疸和腹部包块,其中以腹部疼痛最为明显。患者症状的轻重与下列因素有关:(1)胰管内压力的高低;(2)胆汁中淀粉酶的高低,尤其与磷脂酶A_2被激活的程度有关;(3)与起病时的年龄有关,年龄越小症状和体征越重越明显。

3.辅助检查:ERCP则能直接显示整个胆道系统,尤其是在术前对了解胰管与胆管的关系有一定帮助,超声和螺旋CT在诊断先天性胆总管囊肿上也有一定的意义。近几年中又有新的检查方法如MRCP(核素胰胆管显影),作为一个无损性的检查手段,在临床上更易被患者所接受,因此MRCP有取代ERCP的趋势。

4.术式的选择:(1)外引流术:仅适用于危重、重症患者不能耐受其它术式,是一种应急措施,为患者第二次手术作准备;(2)囊肿十二指肠或空肠吻合术:该术式术后5年内发生吻合口狭窄合并结石占30%~40%,术后10年内癌变率为20%~30%。内引流后囊壁发生恶变的危险性高于未行手术的囊壁,目前已放弃该术式;(3)囊肿切除及胆肠吻合术:手术切除了囊肿,去除了癌变的基础,而且正常胆管与小肠吻合,吻合口不易狭窄,所以该术式得到广泛应用。从我院的病例分析和文献的复习中均可看出,其术后疗效令人满意。

(收稿日期:2003-03-12)

* 作者单位:116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院

脑复苏中的降温措施

甘晓琴* 袁 蕾*

近年来,脑复苏的临床治疗进展不大,主要的措施仍是降温和脱水治疗。由于临床上对低温在脑复苏治疗中的重要性认识不足,所采用的方法不当,往往达不到降低脑温的治疗目的。本文就各种降温方法作一阐述,供同行参考。

一、降温方法

降温方法有许多种,有需要先进的设备如降温毯、冷气帽等,也有一般的老办法,视当时医院所具备的条件而定。降温要及时,措施要有效,且要随时观察体温变化。

* 作者单位:400042 重庆市第三军医大学大坪医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol. 12, No. 1

1.体表降温:又分为头部重点降温和全身体表降温两类:(1)头部重点降温:头部降温应比身体其他部位更快更低。常用方法有冰水槽、冰帽降温、冷气帽降温。①头部冰水槽降温:使用前,先在槽内放一块塑料布,然后将头部放入槽内,两外耳道口用棉球填塞后,即可将冰屑和冰块包裹整个头部,同时注入适量冰水,除眼、鼻、口部外,头额和颈外皮肤均与冰屑、冰块、冰水直接接触。在长期使用冰水槽的颈部处垫以较厚的塑料海绵,以防后颈部组织长期受压而致坏死。若无冰水槽时,也可用冰帽替代。②冷气帽降温:目前可用微机自控颅脑降温抢救仪,即以一头盔式的冷气帽套在患者头上即可,机温控制在7~-3 ℃。(2)全身体表降温:其方法有冰毯、冰袋、乙醇擦浴、冰水和环境降温等。①冰毯降温:冰毯机是采用自动控制半导体的元件,使制冷的毯面作用在患者身上,通电后立即开始降温,制冷迅速,降温效果显著。目前国内常用的冰毯机有BT54-07AⅡ型半导体降温毯、康诺牌降温毯、富业牌半导体制冷冰毯机等。将冰毯置于患者床单下层或覆盖胸腹部,患者体温控制在32~34 ℃,慎防冰毯温度过冷过热。②冰袋降温:将冰袋置于血运丰富、血管浅在部位,如颈旁、腋下、腹股沟等处。冰袋可用化学冰袋,也可用乳胶手套或塑料袋等制作。③乙醇擦浴降温:用25%~30%的乙醇擦浴。擦浴用力均匀,在血管丰富部位擦浴时间延长。禁擦后颈、胸前区、腹部、足底等部位。④冰水降温:在患者床上铺一橡皮布,将患者平置其上,橡皮布四周兜起,原位实行冰水降温。也可用浴盆盛冰水降温,头部放在冰水外。由于身体大部分浸泡在冰水中,接触面积大,热交换效能高,降温迅速。⑤环境降温:将患者置于室温较低的房间内,使体温缓慢下降。一般可用空调控制室温,也可在房间内堆放冰块,电扇吹风降温,室内不要过多人员进入。这种降温法难于降至需要水平,故多与其他方法配合使用。

2.体内降温:采用以上方法体温仍降不到满意水平,可采用下列方法。(1)冰水保留灌肠:将4 ℃的冰盐水500 ml左右进行保留灌肠。(2)冰水洗胃:将4 ℃的冰盐水或平衡液250 ml左右,经胃管注入胃内,5 min后抽出。如此反复进行,至体温降至满意水平为止。(3)冰水静注:用4 ℃的冰盐水静脉滴注。(4)冰水体腔冲洗:体腔内冰盐水冲洗,若在做开胸、开腹手术时心脏骤停,可直接用冰盐水冲洗胸腔或腹腔,此方法降温速度较快。

二、温度的监测

脑复苏常采用的温度为32~34 ℃,不能用体温计测定腋下和口腔温度时,常用的方法是用热敏传感器持续监测鼻咽部温度、食道中部近心处温度、直肠温度、外耳道鼓膜温度。鼻咽部测得的温度可反映脑基底部的温度。食管与主动脉相邻,故食管中部的温度可代表身体中心的温度,是反映心温和脑温最为可靠的指标。直肠温度可代表腹部脏器的温度。脑温可通过直接脑室温度的测定和间接脑温测定来表达,后者简便、无创,为越来越多的学者所采用,主要包括颞肌的温度、密封鼓膜温度等。

三、注意事项

1.严密观察,随时调整:在整个降温过程中,应有专人负责观察病情,随时测定体温。严禁体温忽高忽低,因体温过低可引起肌束震颤致低钾血症和高钠高氯血症;体温过高可致高钾或复温性休克。如直肠温度低于32 ℃以下时,应自下而上去掉冰袋,但头部冰槽、冰帽不可去掉,体温回升时再加冰袋。

2.注意保护,避免冻伤:避免患者皮肤直接接触冰毯,定时翻身,冰袋应经常更换部位,注意保护耳廓、会阴、指趾等末梢部位,避免冻伤。用油膏保护角膜。保持口腔卫生,防止误吸。

3.防止寒战,降低氧耗:寒战不仅妨碍体温下降,且增加心率,使耗氧量增加,所以降温过程中,尽量防止寒战。若出现寒战,或紫绀、血压下降、尿少、无尿等末梢循环功能不良,可用冬眠药物,或用肌肉松弛药。

四、讨论

低温可降低脑细胞的耗氧率和血流量,延缓ATP的消耗,降低代谢反应,保护酶的活性,降低颅内压和脑水肿。低温分低温(36 ℃),轻度低温(35~33 ℃),中度低温(32~28 ℃),深低温(27~10 ℃),严重低温(9~5 ℃)。其中亚中低温(34~32 ℃)对脑组织有明显的保护作用,而对心血管等其他系统无不良影响,是脑复苏中降温的常用标准。脑复苏降温越早越好,原则上应与心肺复苏同时进行,但往往条件不允许,措施不力,达不到预期目标。心脏复跳后应立即进行,根据科室的具体条件,先行头部和体表降温,使直肠温度降到32~34 ℃为佳,头部温度缓慢降至28 ℃。如达不到预期温度,则采用体内降温。降温措施不应撤离过早,应持续到患者听觉恢复,能做指令性动作,逐渐撤除降温措施,让患者自然恢复体温。

(收稿日期:2002-12-09)

切开挂线对口引流术治疗肛门后位马蹄形脓肿临床观察

宋京立* 王 刃*

1999年至2001年我科采用肛门后位一期切开挂线加双侧坐骨直肠窝间隙对口引流治疗后马蹄形脓肿128例,收到满意疗效,现对该治疗方法疗效总结报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组共128个后位马蹄形脓肿,患者86例,男44例,女42例。年龄16~68岁,平均38岁。病程3~14 d。

* 作者单位:150010 哈尔滨市市中医院结直肠外科