维普资讯 http://www.cqvip.com

胞总数大于1.0～10^9/L，B超检查均示阑尾周围脓肿，脓腔大小不等，最小者4cm×4cm×2cm，最大者10cm×12cm×8cm。

二、治疗方法

入院后经常规检查排除其他疾病后，予氨苄青霉素（过敏者用氧氟沙星注射液），丁胺卡那霉素，灭滴灵静脉滴注，第二天经B超定位，常规皮肤消毒，利多卡因局麻后选取9#针头，经皮肤逐渐进针，进腹膜腔时可有一明显突空感，回抽有无脓液，未见脓液后再缓慢进针，当出现第二个突空感并回抽具有脓液时即证实已进入脓腔，缓慢抽吸脓液，小心变换针头方向，直至无脓液抽出，视脓腔大小抽取0.5%灭滴灵注射液20～50ml，缓慢注入脓腔，1min后再抽出注入之液体，然后再注入灭滴灵，如此反复2～3次后，置灭滴灵液10～20ml后拔针，按压3～5min避免皮下出血而致感染，无菌纱布包扎。穿刺注液后再输液抗炎3～5d，改服氟哌酸、灭滴灵片，进流汁，忌粗糙硬食。

三、讨论

阑尾周围脓肿多系阑尾炎治疗不及时或处理不当使阑尾坏疽穿孔之后，周围组织如网膜等包裹病灶所致。脓肿壁内纤维肉芽组织包绕而成，从而妨碍了药物向病灶内扩散，影响疗效。本组病例采用腔内冲洗注射灭滴灵，使药物直接作用于病灶中心部位，从而有效发挥其抗菌作用，治疗3d后，临床症状明显好转，表现为热退，疼痛减轻甚至消失。一周后复查，其中43例病人脓肿消退，B超未发现液性暗区，8例未完全消退之病例经再次冲洗注药后一周痊愈。一例病人因脓肿壁薄在穿刺过程中破裂，经及时腹腔引流，阑尾切除，抗炎治疗10d后痊愈出院。因此，在穿刺抽脓过程中，应注意不可操之过急，抽吸注液时速度不宜太快，压力不可太大，避免脓肿破裂，导致弥漫性腹膜炎发生。

（收稿：2001-03-12）

·文　摘·

用谐波刀行胰尾切除术

Sugo H, et al

谐波刀是一种利用超声能凝固-切割组织的新型外科手术设备。在此，向大家介绍我们用谐波刀在胰尾切除术中分离胰实质并防止胰瘘管形成的初步经验，供大家参考。

方法：1998年4月到1999年7月间，我们用谐波刀共进行了13例胰尾切除术。这些病人的平均年龄为64岁，其中一病人有饮酒史，一病人3年前因胃癌做过胃大部切除术。13个病人中，11人有胃癌，其中一人为残胃癌，做过全胃胰尾联合切除，以防止肿瘤向胰腺转移和行淋巴结清扫。另外2例因胰腺疾病切除了胰尾（一为腺癌，一为囊腺瘤）。

技术：手术在全麻下进行。首先，从腹膜后腔按常规移开脾和胰尾，然后在胰手术断面近端分离并结扎脾动静脉。再用谐波刀分离胰实质。谐波刀机头产生的凝固-剪切刀将胰实质凝固、切割并精确止血。重复胰实质切除操作3～5次。胰断端不需钳夹和结扎止血。在胰断面上找到胰管，用4/0弹性丝线缝扎（头3例病人未缝扎）。胰残余实质不用缝扎而留于腹腔内，旁置一柔软的橡皮引流管。手术后五天内常规用药，2周后拔管。在下列情况下可判定有胰瘘：拔管后仍可见胰液流出或第7天引流液中淀粉酶浓缩（3次以上血生化检查有血浆淀粉酶浓度升高）。

结果：手术的平均时间为170min，平均出血量为680ml。一例（8%）出现胰瘘（在新技术的初期应用阶段，可能与未结扎胰管有关），其余病人在谐波刀手术后未见出血和脓肿等并发症。

讨论：胰腺瘘是胰尾切除术后最常见的并发症，据报道称发生率在5%～30%。通常，胰管结扎和残胰断面缝合已成为处理胰手术断面的标准操作。为降低胰瘘的发生率，使用谐波刀的新手术方式被设计出来，因这种器械在切割组织的同时能用较低温度凝固组织。据我们所知，目前尚无人报道过将这种技术应用于胰切除术中。上述手术方法的主要优点在于谐波刀的凝固-切割作用，胰实质断面上无出血。最初3个病人未作胰管结扎，其中有一人出现了胰漏，后10个病人因结扎了胰管而未出现瘘管。因此我们认为用谐波刀行胰尾切除后应对胰断面上的胰管进行结扎。胰管管径较小的病人，我们在切割胰实质时胰管可见泡冒气泡，故不难识别。第二个优点是不再损伤残胰。谐波刀凝固局部组织的温度仅有80℃，比电刀温度低很多，而且术中残胰不需进一步的钳夹或缝合。

目前临床上有多种器械应用于切除手术中，如超声分离器、激光等。但是这些器械的功用均受胰腺本身状况的影响，如胰纤维化和增生的程度。谐波刀可作为一个理想的胰切除工具而不必考虑胰腺的状况。总之，我们的初步研究显示，谐波刀在胰腺手术中对分离胰实质有一定帮助，术中不需缝扎胰实质可能会减少胰瘘的发生率。

重庆市第三军医大学学员旅三队刘进军　于喜龙摘，章　玲校

摘译自[Surgery 1999, 126: 581]
（收稿：2000-03-07）