维普资讯 http://www.cqvip.com



| 项目 | 治疗前 | 治疗后 | P 值 |
|---|---|---|---|
| 甘油三酯(mmol/L) | 6.14 ± 0.48 | 4.9 ± 0.50 | < 0.05 |
| 胆固醇(mmol/L) | 3.15 ± 1.07 | 1.7 ± 0.07 | < 0.05 |
| 全血还原粘度(mpa·s) | 10.42 ± 1.34 | 8.74 ± 0.24 | < 0.05 |
| 血浆粘度(mpa·s) | 2.008 ± 0.15 | 1.43 ± 0.52 | < 0.05 |
| 红细胞压积 | 4.83 ± 2.1 | 45.2 ± 1.4 | > 0.05 |
| 红细胞聚合 | 5.318 ± 0.329 | 3.786 ± 1.094 | < 0.05 |

三、讨论

血脂康是从红曲中提炼精制而成的血脂调节剂，其中富含羟甲基戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂洛代他汀及各种不饱和脂肪酸和人体必需氨基酸。大量基础研究及临床实践表明血脂康能有效降低血脂、改善血液粘度。血脂康能抑制脂质在肝脏沉积，从而改善脂肪肝的病变程度。本文对 46 例脂肪肝伴高脂血症病人血液流变学指标加以分析，表明血脂康对脂肪肝病人不但有明显降脂作用，且血液流变性也有改善，前后对比有统计学意义。血浆蛋白作为影响血浆粘度的主要因素，其中脂蛋白为血浆蛋白中的主要蛋白，而脂肪肝病人多伴有血脂异常，血脂康在降低血脂的同时改善了血浆粘度并降低了红细胞聚集度，从而改善了血液流变性。46 例脂肪肝患者经血脂康治疗后，结果显示疗效满意，总有效率为 93%，本药在治疗期间未发现任何副作用及不良反应，说明该药安全可靠，是降脂、改善血液流变性即治疗脂肪肝的良药。

（收稿：2001-02-05）

# 环状胰腺手术治疗一例

徐 欣* 张 竣* 邵锦辉* 穆云珠*

一、临床资料

病例，患者，女性，54 岁，农民。20 多年来时有上腹部饱闷不适、隐痛，进食后加重，可伴有呕吐。近年来症状加重，出现腹痛腹胀及餐后呕吐，呕吐后症状减轻。精神体力日渐衰退，1 年内体重下降 15kg。抗酸止痛剂治疗无效。查体：T36.8℃，BP13.3/10.5kPa，上腹部见胃型及蠕动波，局部轻压痛，振水音阳性，未触及肿块，肠鸣音正常。胃镜示：幽门变形，球部梗阻。Bus 检查示：胃内大量液体潴留，肝、胆、胰、脾未见异常。

探查术中十二指肠降部 3/4 周被胰腺组织呈马蹄状包绕，仅余前壁 1cm 间隔区，包绕十二指肠球部的胰腺组织宽 1.5cm，厚 0.5cm，质地、色泽与正常胰腺组织相同并与胰头部相连续整体不可分。十二指肠降部呈一明显狭窄环梗阻。术中诊断为环状胰腺并十二指肠梗阻。即于狭窄环上方 1cm 节断十二指肠，缝合关闭远端，近端与空肠行端侧吻合。病人痊愈出院。

二、结果和讨论

环状胰腺是一种少见先天畸形，指带状结构正常的胰腺组织环绕十二指肠第二段的中部。是胚胎发育阶段腹胰的尖端与十二指肠粘着，在旋转之后于十二指肠第二段中部留下一环状胰腺组织；婴儿出生后由于环状胰腺的增生和纤维组织增生使十二指肠管腔狭窄而出现梗阻症状。环状胰腺一般位于十二指肠降部，几乎均在 Vater 壶腹近侧，可部分或全部包绕十二指肠，并具有正常的胰腺组织结构，内有胰管解流，与主胰管相通。

环状胰腺病人约 50% 在出生后第一年即出现症状，是新生儿十二指肠梗阻的重要原因。少部分则在成年后出现症状。其临床表现呕吐，呕吐物中多无胆汁。由于其所有检查所见均与其它原因所致十二指肠梗阻相似，无特异性。故该病术前少有获得确诊者。

对于有症状的病人主要以手术治疗，在成人最好的方法是十二指肠空吻合，而不主张行环状胰腺分离、切开或胃空肠吻合术。

（收稿：2001-03-26）

* 作者单位：653100 云南省玉溪市人民医院普外科

# 脓腔内注射灭滴灵治疗阑尾周围脓肿

王 飞*

本科自 1995 ~ 1999 年中共收治阑尾周围脓肿患者 52 例，在输液抗炎基础上，加以脓腔内穿刺抽脓，注射灭滴灵的方法，取得了较好的疗效，现报告如下。

一、病例资料

1. 一般资料：本组 52 例，男性 22 例，女性 30 例；年龄在 18 ~ 73 岁之间，平均年龄 43 岁，起病至就诊时间最短 2 天，最长一周。

2. 临床表现：在收集 52 例病例中均有不同程度的右下腹持续性疼痛病史；40 例伴畏寒发热，体温在 37.9℃ ~ 39.2℃之间；38 例有恶心呕吐史；8 例有里急后重感；血常规检查，40 例病人白细

* 作者单位：312055 浙江省绍兴县王坛人民医院外科

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）