维普资讯 http://www.cqvip.com

全胃肠外营养治愈上消化道瘘2例报告

第一医院普外科 王严庆

自Dudrick[1]证明全胃肠外营养（TPN）能使实验动物长期存活、正常生长发育，并成功用于临床以来，其应用日益广泛，尤其对于消化道瘘、重症胰腺炎等的治疗，取得了巨大成功。最近普外科应用TPN治愈上消化道瘘的重危患者2例，特报道如下：

例1，瞿某某，男，61岁，因中上腹痛8月伴黑便昏倒一次于1987年4月18日入院。胃镜活检诊断为胃底贲门癌致贲门不全狭窄，钡餐显示胃底软组织块影达9×5×4cm，病变已累及食管下段4cm。6月28日在全身麻醉下先经腹行根治性全胃切除、空肠代胃，后经胸行食管下段切除、食管空肠吻合术。术后第7天病员出现高热、气急，偶有谵妄，第9天胸透见左下胸腔积液达第4前肋。即行胸穿，抽出多量气体及310ml含胆汁的肠液样混浊液，食管空肠吻合口瘘诊断肯定。立即经第8肋间作闭式胸腔引流，次日引出多量气体及肠液150ml，呼吸改善，体温降至38℃以下。但因术后一直禁食，患者消瘦，一般情况差，遂于6月8日行右锁骨下静脉穿刺插入中心静脉导管（透视下见导管位于上腔静脉近右心房处）开始TPN。高营养液由药厂配制，1000ml中含葡萄糖250g、氯化钾3g、氯化钠4g、25%葡萄糖酸钙20ml，25%硫酸镁4ml，按计算的每日需要量当天输入半量，逐日增加，至第5天达全量为高营养液2000～2500ml（胰岛素32～40u）、氨基酸（西德制stongamin含18种氨基酸，1000ml含总氮量7.87g、热卡1674kcal，以及国产复合氨基酸）1000～1500ml，各种维生素每日按量加入。每周输入10%脂肪乳剂500～1000ml、全血300ml等，共维持28天，患者体温保持正常，一般情况好转，可下床走动，体重由50kg增至51kg，尿糖维持在（－）～（+），肝功和血电解质基本正常（血磷4.1～3.3mg/dl），中心静脉插管口以碘伏纱条密封，无感染。闭式胸腔引流量最初300～250ml/d，逐渐澄清，至TPN第10天时减至50ml/d，第17天起无液体引出，胸透见肺扩张良好，逐日拔除引流管。第23天（6月30日）试口服饮食，无不适。7月4日TPN终止时口服已能满足大部分营养需要，康复出院。

例2，唐某某，男，18岁，因腹部被汽车撞伤后30天、右原肾腔造瘘口胆液溢出3天于1987年1月

采用口服灭滴灵750mg tid，连用2日，术前一天加新霉素口服1g tid作肠道准备。术后切口感染率5%，而对照组（红霉素＋新霉素）为25%。Willis等[1]用灭滴灵1g术前24h置于直肠内，术前连用7天，对照组服用安慰剂。两组术后都用庆大霉素，结果灭滴灵组无1例切口感染，而对照组为58%。目前认为灭滴灵能对抗几乎所有的厌氧菌，对脆弱杆菌的杀菌作用为95%[5]。

关于用药的时间与剂量，我们体会术前2天口服灭滴灵每日1.2g，术前一天加用新霉素每日4g为佳，过早服用易产生胃肠道反应。急诊病人可于术前1h开始静脉滴注。术后持续应用3～5日已足够，并适当加用抗需氧菌的药物。使用时间太长易产生耐药菌株或菌群失调。

参考文献

[1] Willis AT, et al. Surgery 1983; 93: 174

[2] Burton RC. Br J Surg 1973; 60: 363

[3] Marti MC. Surgery 1983; 93: 190

[4] Hinchey EJ. Surgery 1983; 93: 197

[5] 张天应译. 国外医学外科学分册1983

维普资讯 http://www.cqvip.com

9日入院。患者伤后在某医院行剖腹探查，见小肠系膜挫伤、出血、腹膜后较大血肿，术后持续右上腹胀、呕吐，12月30日再次手术，见十二指肠降段与水平段交界处全层断裂约3/4，食糜溢出形成脓腔，遂行胃空肠吻合、胃体造瘘、右腰部脓腔造瘘引流。术后第7天见引流瘘口有金黄色胆汁溢出，诊断为十二指肠外伤性断裂后瘘、阻塞，转来本院。体检：T37.5℃，极度消瘦、苍白，皮肤干燥，腹呈舟状。入院后每日右腰瘘口引流量700～2000ml、胃造瘘管引流300～500ml，多次出现低钠、低氯等电解质紊乱，虽经周围静脉输液、输血、空肠造瘘灌入要素饮食等支持治疗，终因漏出太多右腰瘘口无愈合趋势，且于2月8日漏出粪便，造影证实又与结肠相通。不久空肠造口也因部分性肠梗阻而漏出较多消化液，不断出现感染中毒症状，至3月26日患者体重降至36kg（病前54kg）。次日行右颈外静脉切开插管输入半量高营养液，3日后疑有感染而拔除。4月7日又行左颈外静脉切开插入中心静脉导管开始TPN，每日输入高营养液2000ml(胰岛素24～32u)、氨基酸1250ml、10%脂肪乳剂500ml，其它同例1，非氮热卡>2500kcal，这次维持18天。这段期间患者体温基本正常，一般情况好转，体重增至42kg，血电解质及酸碱平衡维持正常，氮素正平衡；空肠造瘘口缩小至0.3cm，右腰瘘口亦明显缩小，漏出量减至30ml/d，周围皮肤炎症消退。后因疑有败血症而拔管(管端培养无生长)，但为患者争取到再次手术的条件。5日13日行空肠造瘘段切除吻合、回肠横结肠侧侧吻合。术后腹部切口Ⅰ期愈合，恢复口服饮食，右腰造瘘口仅漏出少量粪质，造影见瘘管仅通入升结肠，十二指肠瘘已愈合。

讨　论

1. 上消化道瘘流量大，常造成严重水电解质和酸碱平衡紊乱、低营养状态、继发感染，处理十分困难，死亡率曾高达60%，TPN疗法使病人预后有了显著改善[2]。Mac Faydon等[3]用TPN治疗胃肠道瘘62例78处，结果61处外瘘44处平均在治疗开始后38.5天闭合；17处内瘘10处28.4天闭合，且高流量瘘在短期内流量即减至50%以下，其中5例十二指肠瘘平均18.8天闭合。Rossi等[4]报告胃十二指肠外瘘18例最初2周平均流量884ml/d，用TPN治疗9例未手术，其中7例无腹腔感染者均在5周内闭合。国内亦有散在报道[5,6,7]。TPN起到了人工肠的作用[5]，不但能维持机体正氮平衡和能量平衡，还使消化道彻底休息、消化液分泌几乎停止，缺损上皮得以迅速生长，消化道出血、炎症、溃疡等病灶迅速趋向愈合[9]。早期应用，同时采取充分引流、控制感染等综合措施则能促进外瘘闭合[10]。本文例1即是。

2. 关于锁骨下静脉穿刺插管的技巧，笔者认为除严格无菌操作、床足抬高、选准穿刺点（锁骨中点下方1横指处）等一般要点外，关键是局麻后试探穿刺，即以细针头（球后注射针）推注局麻药后针尖指向胸骨上切迹，与胸壁平或成5～10°角，边进针边抽吸，一般进至3～4cm即刺入锁骨下静脉而抽得回血。若未抽得回血可将针尖退至皮下略改变角度和方向再进针，易成功。该针头细，无损伤出血危险，抽得通畅回血后记住针头位置、方向。正式穿刺时拔除试探针，迅速从同样位置和方向将穿刺针斜面向上刺入锁骨下静脉，针尖切勿误入第一肋缘下，否则必致气胸，抽得回血后推入少量生理盐水，迅速去除连接的注射器，将充满生理盐水的中心静脉导管从穿刺针中插入15～20cm，此时嘱患者头转向插管侧，则锁骨下静脉与无名静脉间呈钝角而易插入。笔者用此法插管24次，只最初失败1次。

参 考 文 献

[1] Dudrick SJ, et al. Surgery 1968; 64:134
[2] Soeters PB, et al. Ann Surg 1979; 170:189
[3] Mac Faydon BV Jr, et al: Surgery 1973; 74:100
[4] Rossi JA, et al. Arch Surg 1986; 121:908
[5] 天花放，等．上海医学 1982; 5:373
[6] 李书贵，等．实用外科杂志 1986; 6:523
[7] 夏学穗，等．实用外科杂志 1985; 5:13

维普资讯 http://www.cqvip.com

老年结核性心包炎3例报告

第一医院内科 范邦林 饶邦复

心包炎的病因较多，老年人血性心包积液以往常考虑心包癌症，随着老年人口增加，结核性心包炎亦非少见。两者的治疗和预后截然不同，鉴别甚为重要。现报道三例结核性血性心包炎如下：

例1，男，64岁，因心慌胸闷1月余，加重十天，超声心动图检查发现大量心包积液，于1984年11月5日入院，住院号125351。体检：T37℃，BP14.6/10.6kPa(110/80)。轻度气促，颈静脉怒张，肺无罗音；心界向两侧增大，心率100次/分，无杂音，肝肋下3cm，双下肢浮肿。实验室检查：白细胞5.1×10⁹/L，中性0.79，血沉15mm/h。心电图示窦性心动过速，低电压。胸片右侧肋膈角变钝，心影两侧扩大，心缘弓弧不清，心底部增宽。诊断性心包穿刺抽出血性液体15ml，送病理检查未发现癌细胞。B超肝、胆、脾未见占位性病变。入院后经链霉素每日1克，异菸肼每日0.3克治疗，症状减轻。12天后胸部断层摄片：右侧少量胸腔积液，心脏较前明显缩小。气管，左右枝气管及分支均显示，未见狭窄，3年半后随访，患者一般情况良好，复查超声心动图：心脏大小正常，心包轻度增厚，未见心包积液，心包钙化和心包缩窄。

例2，女，62岁，19年前发现心脏杂音，诊断风心病。10年来劳累后出现心累，气急，夜间能平卧，无浮肿。4月前气急加重，腹胀，下肢浮肿，关节无红肿疼痛，无低热盗汗。3天前因超声心动图检查发现心包积液，于1987年2月15日入院，住院号148817，体检T36.4℃，BP17.3/9.2kPa (130/70)，轻度气急，颈静脉充盈，左肺少许湿罗音。心界向两侧增大，心率98次/分，律齐，心尖区Ⅰ—Ⅱ级收缩期吹风样杂音，舒张期隆隆样杂音，肝肋下4cm，肝颈静脉逆流征阳性，双下肢轻度浮肿。实验室检查：白细胞8.6×10⁹/L，中性0.72，血沉29mm/h，心电图示低电压，阵发性房颤，超声心动图：风心病，二尖瓣双病变，大量心包积液，胸片心影向两侧扩大，以右室扩大为主，左缘四弓弧已不明显。B超肝、胆、脾未见异常。两次结核菌素试验阴性。两次抽出血性心包积液共100ml，送病理检查未发现癌细胞。入院后给予异菸肼每日0.4克口服，并用利尿剂，3天后发热伴咳嗽，大量脓痰，肺部罗音增多，给庆大霉素，唑啉头孢菌素钠治疗，肺部感染逐渐控制，发现心包填塞症状未见加重，加用链霉素每日0.75克及强地松每日20mg，症状逐渐控制，半月后复查超声心动图，心包积液较前明显减少，出现局限性心包增厚，住院86天，出院后继续抗结核治疗。随访11个月，患者一般情况良好。

例3，女，67岁，因胸闷，腹胀，夜间低热1月，于1987年5月26日入院，住院号151405。13天前夜间不能平卧，双下肢浮肿。体检：BP14.6/11.9kPa (110/90)，T37.3℃，颈静脉怒张。肺无干湿罗音，心界向两侧增大，心率80次/分，无杂音。肝剑下3cm，双下肢浮肿。实验室检查：白细胞6.6×10⁹/L，中性0.74，血沉71mm/h，胸片心影向两侧扩大，正常弓弧消失。B超肝、胆、脾未见异常。超声心动图大量心包积液。两次心包穿刺抽出血性液体275ml，送病理检查未发现癌细胞。入院后体温37°—38℃，结核菌素试验阴性，妇科检查盆腔及附件正常。经异菸肼，链霉素，利福平治疗，一周后体温正常，一般情况好转，一月后复查超声心动图心包积液已明显减少，胸片心影明显缩小，提示心包已有局限性粘连。住院55天，出院后

[8] Scriber BH, et al, J A M A 1970; 212: 457

[9] Hamilton RF, et al, Arch surg 1971; 101: 348

[10] 南京部队总医院外一科肠瘘组·中华外科杂志 1978; 16: 214