DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.01.037

别为95.5%和51.2%；当FAC≥37cm时，其敏感度和特异度分别为87.9%和92.4%。

3 讨论

3.1 预测胎儿体重的相关因素

产前预测胎儿体重发现巨大儿对临床分娩处理很关键。不少学者采用多项指标预测胎儿体重以期达到较准确的预测效果，但由于种种原因而限制了临床应用。本研究选用了临床常用的预测胎儿体重的指标和超声检查常用的双顶径、股骨长度和胎儿腹围，应用多因素逐步回归分析，发现胎儿腹围与出生体重最相关，预测胎儿体重的符合率优于股骨长度和双顶径。其原因与妊娠晚期胎儿体重的增加主要与脂肪的堆积及肝糖原的储存有关[4]，超声显像表现为腹围增加而非股骨长度和双顶径的增加。另一原因是妊娠晚期胎头下降衔接干扰了双顶径的准确测量，而胎儿腹围在孕晚期不受这些因素的影响，可以较准确的测得[5]。

3.2 胎儿腹围与巨大胎儿

临床上对巨大胎儿体重的预测比对正常胎儿体重预测更为重要，因为巨大儿经阴道分娩胎儿产伤、窒息及产妇的产科并发症增多，增加手术产机会，若处理不当可造成严重的母婴危害[3]，因此产前检测出巨大胎儿有重大意义。为了简便、准确地诊断巨大儿，我们研究了超声检测FAC与巨大儿的关系，发现95.5%的巨大儿的FAC≥35 cm，也就是说临床超声检测FAC<35 cm者，则基本可排除巨大儿的可能。但以35 cm诊断巨大儿的特异度较低，仅为51.2%。当FAC≥37 cm时，其诊断巨大儿的特异度为92.4%。因此，FAC≥37 cm可作为预测胎儿大小的单一指标，这与文献[1]报道相符。

总之，产前预测胎儿体重，及早发现巨大儿将使产科医生更好的处理产程，决定分娩方式，从而提高产科质量，降低母婴发病率。尤其对那些具有临界骨盆或高危妊娠的孕妇更有意义，可以避免不成功的阴道试产。超声检测FAC是一种简便、实用和相对准确的方法，它能为临床提供有价值的信息。

关键词：巨大儿；超声检查，产前；胎儿腹围；出生体重
中图法分类号：R169 文献标识码：B

参考文献：

[1] Al-lnany H, Alaa N, Momtaz M, *et al*. Intrapartum prediction of macrosomia: accuracy of abdominal circumference estimation[J]. Gynecol Obstet Invest, 2000, 51(2): 116—119.
[2] 吴钟瑜. 实用妇产科超声诊断学[M]. 第3版. 天津：天津科技翻译出版公司，2000. 60—71.
[3] 凌萝达，顾美礼. 头位难产[M]. 重庆：重庆出版社，1996. 19—33, 51—53.
[4] Landon M B, Mintz M C, Gabbe S G. Sonographic evaluation of fetal abdominal growth: Pregnancies complicated by diabetes mellitus[J]. Am J Obstet Gynecol, 1998, 160(2): 115—121.
[5] 时春燕，金燕志，董 悦. 超声测量胎儿腹围预测巨大儿[J]. 中华围产医学杂志，2001, 4(1): 3—6.

（编辑 冯崇英）

文章编号：1000-5404(2003)01-0087-02

经验交流

急诊床旁直插法鼻胆管引流的临床意义

The clinical significance of emergency bedside endoscopic nasobiliary drainage

李虎城[1]，刘吉奎[2]，黄 辉[1]，许红兵[1]，杜继东[1]，李小龙[1]，张自强[1]（[1]解放军第309医院肝胆外科，北京 100091；[2]第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院，重庆 400038）

急性胆管炎是以胆道梗阻为基础，病情发展十分迅速的一种疾病，尤其老年人预后较差。我们自1998年6月至2000年3月，采用无X线监视下的急诊床旁直插法鼻胆管引流(Emergency bedside endoscopic nasobiliary drainage, EBENBD)，对29例急性胆管炎患者实施治疗，取得了满意效果，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组29例，男11例，女18例；年龄36～86岁；最后一次发病至入院6～72 h；均具有Charcot三联征，11例有休克和/或神经系统症状；均经B超检查提示为胆管扩张、梗阻，CBD直径最大3.0 cm。16例有二次以上胆道手术史；6例伴有胆汁性肝硬化及门脉高压；11例有高血压病史，7例有糖尿病病史。

1.2 器械和操作方法

入院后即建立大口径静脉通道并常规行内镜术前准备，必要时经右颈内静脉或右锁骨下静脉置入双腔中心静脉插管，以便补液、抢救和监测CVP；如神经系统症状明显，给予安定10 mg静推，必要时使用糖皮质激素。使用Olympus TGF-30型十二指肠侧视镜(操作内径4.2 mm)。于床旁按循腔入镜的原则快速进入十二指肠，找到乳头，拉直镜身；使用国产8F猪尾型ENBD管(长度260 cm)，腔内衬以Microvasive蓝斑马导丝(0.035″，460 mm)，使前端由猪尾型变成直线型，直接沿乳头12点方向试插，如不成功，则将导丝伸出导管，边捻边进，有落空感后再

作者简介：李虎城(1965—)，男，河北省藁城市人，主治医师，主要从事腹腔镜及纤维内镜的临床应用方面的研究，发表论文17篇。电话：(010)62884286

收稿日期：2001-01-18；修回日期：2001-03-26

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

导入 ENBD 管，以头端最后一个引流口进入乳头 5.0 cm 左右为宜，同时边进导管边退导丝，拔除导丝抽出胆汁证实进入胆道后，固定内镜，尽快抽出浓性胆汁 100 ml 左右，常规留细菌培养；然后边送管边退镜，将导管自鼻腔引出，固定于面颊并接负压吸引；如效果不理想，改为自然排出法，将 ENBD 管下垂于床旁，调整体位使胆汁自然排出。无论何种方法，每日均会有 400 ml 以上的胆汁被引出。

2 结果

患者均在入院后 2 h 内完成治疗。置管成功、抽出大量胆汁 2 h 后，腹痛即减轻，循环系统、神经系统趋于稳定；4 h 后体温开始下降；24 h 后进流食并下床活动；引流物由脓性、粘稠变为稀薄、清亮；引流量由最初 24 h 的 800～1 200 ml 渐减少到 400～600 ml，症状渐减轻直至消失。2～3 d 后经导管造影明确诊断。其中中段胆管癌 3 例，引流 1 周后 TB 降至 86 μmol/L 以下，行胆管癌根治术；下段胆管癌 2 例，引流 5 d 后改用 ERBD，2 周后生化恢复正常，行 Whipple' s 手术；胆管炎性狭窄 3 例，引流 5 d 后行胆肠内引流术；肝内外胆管结石 8 例，均以肝外胆管梗阻为主，4 例左肝管呈囊性扩张，其中 2 例 ENBD 管进入囊腔；3 例肝内外胆管充满结石，1 例 ENBD 管进入右肝管后支；1 例伴右肝管后支狭窄。引流 5～7 d 后，TB 降至 35 μmol/L 以下，肝功基本正常，根据结石分布分别行半肝切除术、左肝外叶切除胆肠内引流术或肝段切除加胆肠内引流术；胆总管结石 13 例，引流 5～7 d 后，3 例行胆肠内引流术；3 例行腹腔镜胆总管切开取石 T 管引流术；7 例行十二指肠镜下乳头切开术或乳头气囊扩张术，取出结石或自然排石。全组病历无手术死亡，除 1 例切口感染、1 例肝残面胆漏外，无其他并发症，所有患者均痊愈出院。

3 讨论

3.1 急诊床旁直插法鼻胆管引流的理论基础

ERCP 技术具有安全有效、并发症少、病死率低的特点[1]，对胆道梗阻伴急性感染的病例，更具实际意义。胆道梗阻导致肠道内胆盐减少及网状内皮系统功能抑制，肠源性内毒素吸收入门静脉[2]；同时胆道压力骤升，使肝血窦受压、血流量降低、肝细胞缺氧及变性肿胀。及早、迅速、有效地解除梗阻是控制病情的最重要手段。梗阻解除以后，主要致病因素诸如内毒素、氧自由基迅速恢复至正常，这样就可阻断上述因子所触发的炎性过度反应所致的机体高代谢状态、免疫水平低下及多脏器功能衰竭[3]。

3.2 急诊床旁直插法鼻胆管引流的实用价值

①紧急性：患者均在入院后 2 h 内实施治疗，由术者和值班医师完成，不受其他科室限制，为抢救患者生命争取了宝贵的时间，这尤其对于高龄的 ACST 患者更为重要；②安全性：床旁治疗可充分依靠科室监测、抢救设施，并有值班护士协助，不必搬动病人至放射科，大大增加了安全系数；③简捷性：简化了操作程序，省去 ERCP 插管和造影，不必先置入交换导丝，再导入 ENBD 管；亦省略了 X 线下透视、摄片，尤其是在交换导丝上更换导管这一耗时而烦琐的过程，既节省了时间，又消除了导丝脱出的顾虑。本组患者从入镜到固定导管均在 25 min 内完成，较常规方法省去约一半时间；④有效性：置管成功后不是撤除内镜、固定导管，而是先固定内镜，用注射器尽快自 ENBD 管内抽出脓性胆汁，使胆道压力在短时间内迅速下降，最大限度地减少毒素对机体的损害。本组均在置管后 2 h 内症状明显减轻，4 h 后体温开始下降，与急诊开腹胆道引流的恢复时间、并发症和死亡率有着明显的差异，这与 Lai 等[4] 大宗病例的随机对照研究结果是一致的。

3.3 急诊床旁直插法鼻胆管引流的注意事项

①准备要充分，对有神经系统症状者，给予镇静药物，血压不稳时慎用度冷丁；固定四肢，以防患者躁动影响操作或拔除导管；②ENBD 管必须衬以导丝，使前端猪尾变直和导管硬度增加，易插入胆管内；但在插入乳头前导丝不可外露，以免影响导管的成功插入；③深度要适当，以头端最后一个引流口进入乳头 5.0 cm 为宜；过浅会使头端最后一个引流口退入十二指肠，导致吸引效果下降；过深会使导管头端弯成死角或返折回十二指肠。在导管的前端猪尾部分用金属环作出 2、5、10、15 cm 四个标记，这样即使无 X 线监视，仍可控制插入深度；④引流要通畅，ENBD 管在插入后 12 h 可用庆大霉素 8 万 U＋生理盐水 100 ml，每 2 h 冲洗一次，24 h 后改为每日二次，既可防止胆泥阻塞管道，又可稀释粘稠胆汁以利于引流，同时还局部使用抗生素，效果良好[5]。

临床实践证明，ENBD 对减黄及控制胆管炎卓有成效，但在应用规模和技术开发方面仍有许多工作要做，例如按预先设计选择性引流左、右胆管或兼顾引流胆总管和某一支胆管仍相当困难，引流成功后炎性因子和免疫系统的变化，也需要进一步探索和研究。随着内镜技术的普及和提高，这些问题终将得到解决。

关键词：急性胆管炎；鼻胆管引流；急诊；内窥镜
中图法分类号：R657.450.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] 李兆申. 中国ERCP现状[J]. 世界华人消化杂志，2000，8(4)：446－448.
[2] Pain JA，Collier D S，Ritson A. Reticuloendothelial system phagocytic function in obstructive jaundice and modification by a muramyl dipeptide analogue[J]. Eur Surg Res，1987，19(1)：16－22.
[3] 王 庆，许 锋，张晓东，等. 胆道阻塞与胆道造影对机体影响的实验研究[J]. 新消化病学杂志，1997，5(6)：359－360.
[4] Lai EC，Mok F P，Tan E S，*et al*. Endoscopic nasobiliary drainage for severe acute cholangitis[J]. N Engl J Med，1992，326(24)：1582－1586.
[5] 甘 露，曹 敏，李虎城，等. 急性胆管炎床旁鼻胆管引流的配合及护理[J]. 实用护理杂志，2000，16(2)：39－40.

（编辑 陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net