DOI: 10.16016/j.1000-5404.1999.09.027

的具有自动工作方式转换功能(AMS)的起搏器,较好地克服了这一不足,其工作原理是:在双腔起搏工作方式下,设置心房平均跟踪频率(MAR),当患者发生快速的房性心律失常时,若心房频率超过了设置的MAR,则起搏器自动将跟踪快速心房频率的工作方式转换为非心房频率跟踪的工作方式,并以频率反应传感器所提示的频率起搏心室,而当快速房性心律失常终止后,心房频率低于MAR时,起搏器将自动转换为原有的起搏方式。

该类起搏器同时具有自动信息存储记忆功能,可将发生的快速心律失常次数、频率、发生时间以及持续时间、AMS发生次数等信息储存起来,以便于临床医师事后进行随诊时,用体外程控仪读取储存的资料,包括心内电图等进行诊断分析以及调整起搏器参数。

本组观察发现具AMS功能的双腔起搏器在发生快速房性心律失常事件后,起搏器都能准确识别并启动AMS功能,避免了起搏器给病人带来不良的反应。当快速房性心律失常终止后,起搏器又可自动恢复房室顺序起搏。结果表明,对于伴有阵发性房性快速性心律失常的病人,在需要起搏器辅助治疗时,最好考虑选用具有AMS功能的双腔起搏器。

关键词 自动工作方式转换;快速房性心律失常;阵发性;双腔起搏

中图法分类号 R454;R541.7

参考文献

1 Levine P A, Bornzia G A, Barlow T, *et al*. A new auto mode switch algorithm for supraventricular tachycardia. PACE, 1994, 17(11 Pt 2): 1895

2 华 伟,王方正,陈 新.双腔起搏器一个新的功能-自动工作方式转换.中华心律失常学杂志, 1998, 2(2): 75

3 Serge Barold S, Falkoff M, Ong L, *et al*. Uppler rate responses of DDD pace markers. In Serge Barole S, Mugica J. New perspectines in Cardiac Pacing. Mount Kisco, N Y: Futura Pub Co, 1998. 121~135

4 Wood M A, Mosdovtjevic P, Stambler Bs, *et al*. Comparison of bipolar atrial electrogram amplitude in sinus rhythm atrial fibrillation and atrial flutter. PACE, 1996, 19(2): 150

(收稿:1999-06-09;修回:1999-08-18)

(编辑 王 红)

诊断性剖腹探查对小肠疾病并大出血的诊断与治疗

Laparotomy for diagnosis and treatment of massive heamorrhage of small intestine diseases

蔡志民* 余佩武 (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,400038

提 要 目的:提高对小肠疾病的诊断与治疗水平。方法:诊断性剖腹探查45例术中主要应用强光灯透照法、小肠镜检查和经小肠造口处放入纱布加外透照法。结果:45例均找到病灶,进行了相应的治疗。结论:采用目前常用的诊断技术难以确定出血部位时,剖腹探查术仍然是诊断治疗小肠出血的一种有效方法。

我院自1960~1995年间,因小肠疾病合并大出血进行诊断性剖腹探查的病例共45例,现报告如下。

1 临床资料

本组男33例,女12例,年龄12~78岁。剖腹探查术中采取的措施为:进腹后直接发现病灶8例;采用强光灯透照法发现出血点10例;应用小肠镜检发现病灶18例;经小肠造口处放入纱布条加外透照法检查发现病变9例。病理检查结果:恶性淋巴瘤8例;平滑肌肉瘤6例;平滑肌瘤8例;小肠腺瘤3例;血管病变、粘膜下血管瘤8例;血管畸形和毛细血管扩张症4例;小肠憩室、肠套叠套入部坏死2例;急性出血坏死性肠炎2例;类癌1例;克隆氏病2例;美克尔憩室炎伴出血1例。45例无1例死亡。

2 讨论

2.1 诊断

小肠疾病所致消化道大出血其临床表现以便血为主,个别患者可扪及包块。本病的症状无特异性,加之病因复杂,目前常用的诊断技术难以确定出血部位[1]。另一方面由于小肠疾病并大出血,采用一般的止血措施难以凑效。有时因采用内科治疗而延误手术机会,危及病员生命。在采用一些诊断方法如同位素、选择性肠

* 蔡志民,男,51岁,主任医师,教授

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

系膜上动脉造影。小肠镜检仍未发现病灶时,剖腹探查仍然是诊断治疗小肠出血的一种有效方法。依据我们多年的经验,有下列情况之一者可行剖腹探查术:① 已确定出血病灶在小肠,且 24 h出血量 > 1 000 ml者;② 50岁以下无家族性血管扩张症,而小肠反复大出血 3~5次者[2]。在剖腹探查手术中,采用下列方法之一,有助于发现小肠出血的部位。

2.1.1　强光灯透照法[2]　在术中直接用强光灯透照可疑处,可提高小肠出血部位的检出率。方法是:用两把无损伤肠钳逐一对每 15 cm长的肠段在排空内容物后进行阻断,于强光灯下观察 5~10 min,对可疑出血部位则重点观察。如果阻断部位小肠再次充盈,则提示该段肠管内有活动性出血,从而可行病变肠段切除,必要时可切开肠腔在直视下确定出血部位。

2.1.2　术中小肠镜检查　1975年 Bombeck[3]首次报道了应用肠镜检查小肠出血部位,对小肠隐匿性出血有诊断价值。在小肠有活动性出血时,术中通过镜检能判断出血部位及其原因,而且能对全小肠进行检查,这样有利于外科医生确定小肠切除的范围。这种方法简单、准确、安全,但对有腹部手术伴肠粘连的患者进行此项检查较困难。

2.1.3　经小肠造口处放入纱布条加外透照检查　在上述方法不能找到病灶时,可试作此法,这对判断出血部位有一定帮助。其方法是:在有积血肠段上方 10 cm处行小肠造口,用吸引器吸净肠腔内的积血,将细长纱布条从小肠造口处放入其远侧肠腔达积血处肠段,再用无损伤钳以 15 cm为间距阻断其近端的肠管,然后用外透照法检查。如果干纱布有血液浸染,透光照射时会发现干纱布的暗影增大且明显,从而确定出血部位。如果未发现出血灶,可能与以下原因有关:① 在麻醉状态下由于血管扩张,血压降低,以致出血部位的出血减少或停止,若升压后则可再出血。② 出血部位血管被凝血块暂时堵塞,若用手挤压排空肠管内积血、积液后则可能再出血。所以进行此项检查时,要耐心,反复检查。我们曾用此法对一因粘膜下微小血管瘤破裂的 78岁老年女性进行检查,该患者术前胃检查无异常发现,24 h出血量达 2 000 ml,输血 2 100 ml,故行剖腹探查。术中由于出血部位破口小且隐蔽,历时 1 h也未能发现出血部位,经用此法观察 10 min后找到了病灶,遂切除病变肠段,救治了病人。

2.2　治疗

一旦明确诊断,原则上早期手术[4]。恶性肿瘤力争作肿瘤及其相累及肠管、肠系膜、淋巴结一并整块切除。位于十二指肠者,应行胰十二指肠切除;位于回肠末端者行右半结肠根治性切除。肿瘤姑息性切除有一定价值,不应轻易放弃,即使较晚期的、已有远处个别转移者,如全身情况佳,局部条件允许,仍可考虑。尤其是恶性淋巴瘤、肉瘤,术后可提高生存率,且对于术后放疗、化疗也有帮助。恶性淋巴瘤术后应配合化疗、放疗和免疫疗法。

在治疗因良性疾病所致的消化道大出血时,手术治疗是最有效的方法[1,5]。术中必须彻底检查整个胃肠道,找出病灶。同时还应注意多发病变,严防误诊和漏诊。手术方式取决于病灶性质、部位和范围。对小肠良性肿瘤、克隆氏病、美克尔憩室炎和肠套叠套入部坏死,行病变肠段切除及端端吻合术;对于血管病变如血管瘤、血管畸形和毛细血管扩张症,应根据病变范围进行手术切除;若系单个或散在多个病灶,可行病灶切除或肠管楔形或整段切除;对局限于一段肠管的密集病灶或弥漫浸润型病灶则行肠段切除。彻底切除病变肠段理想,但是必须防止肠切除过多,造成术后短肠综合征,以致日后营养吸收不良。对散在多发病变(血管瘤等)处理困难者,Mellish[5]主张采用联合术式,即对基底宽广的小病灶,可切开肠壁于肠腔内缝扎,亦可以经浆膜行贯穿缝扎;或切开浆膜挤出血管瘤,在其基底钳夹或缝扎;亦可采取烧灼、注射硬化剂等方法和经内窥镜行激光治疗。所有病例术后应行定期随访。

关键词　剖腹探查;小肠疾病;小肠出血

中图法分类号　R656.7

参考文献

1 李兆申,许国铭,李之印.小肠疾病所致消化道出血 78例分析.上海医学,1990,13(5):282

2 王代科,蔡志民.小肠血管瘤的诊断与治疗.腹部外科,1990,3(4):167

3 Bombeck C T. Intraloperative esophagoscopy gastroscopy colonoscopeand endoscopy of small bowell. Clin North American surgery,1975,55(1):135

4 杨冠群.消化道大出血诊断的进展.腹部外科,1993,6(2):167

5 Mellish R W P. Multiple hemoangiomas of the gastrointestinal tractin children. Am J Surg,1971,121(4):412

(收稿:1998-12-28;修回:1999-02-23)

(编辑　王　红)

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