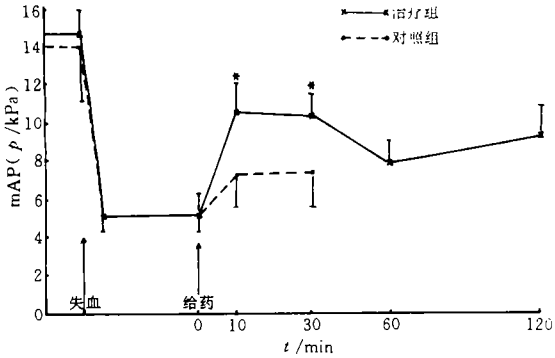
DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.03.030



附图 β-内啡肽抗血清对高原失血性休克大鼠动脉平均压(mAP)的影响

C组大鼠于治疗后30 min内即有3/7只死亡,60 min有6/7只死亡,120 min时无一例存活;而T组大鼠在120 min内无一例死亡,存活率为100%。

3 讨论

β-EP在严重缺氧[2]和失血性休克[3]中均有重要作用,而高原失血性休克受缺氧和失血的双重影响,因而同平原失血性休克相比,具有发展快、程度重的特点[5],β-EP在大鼠急性缺氧复合失血性休克的发生中有一定作用[4]。本研究又证明,大鼠在模拟4 000 m高原连续减压5 d后,自股动脉放血使血压降至5.5±0.25 kPa维持60 min,未经β-EP抗血清治疗的对照组大鼠,86%(6/7只)在60 min内死亡,120 min时无一只存活,而经β-EP抗血清治疗组,尽管失血量和mAp在治疗前与对照组相同,但治疗后10 min mAp便明显回升,120 min内保持稳定,而且无一例死亡。β-内啡肽参与了失血性休克[3]和缺氧复合失血性休克[4]的发生,β-内啡肽抗血清可增强机体对出血的耐受性[6]。本文结果又证明β-EP抗血清有利于高原失血性休克大鼠血压的维持,延长存活时间,提高存活率,从而说明β-EP在高原失血性休克的发生中也有着重要作用。

关键词 高海拔;休克,出血性;β-内啡肽

中图法分类号 R605.971

参考文献

1 Holaday TW. Cardiovascular effects of endogeneos opiate systems. Ann Rev Pharmacol Toxicol,1983;23:541

2 Wardlaw SL, Stark RI, Daniel S et al. Effects of hypoxia on β-endorphin and β-lipotropin release in fetal, neoborn, and maternal sheep. Endocrinology,1981;108:1710

3 Daly T, Beamer KC, Vargish T et al. Correlation of plasma β-endorphin levels with mean arterial pressure and cardiac output in hypovolemic shock. Crit Care Med,1987;15:723

4 高京生,田景亮,刘 燕等.血浆β-内啡肽对急性缺氧大鼠出血性休克的影响.第三军医大学学报,1990;12(4):300

5 罗德成,王俊元,孙秉庸等.模拟4 000 m高原失血性休克狗的心血管功能和氧的运送.第三军医大学学报,1992;14(5):448

6 Vanden Berg MH, Van Giersbergen PLM, Put JC et al. Endogenous opioid peptides and blood pressure regulation during controlled, stepwise hemorrhagic hypotension. Circ Shock,1991;35:102

(收稿:1994-08-31;修回:1995-01-21)

胆道探查在急性出血坏死性胰腺炎治疗中的指征及意义

Indication and significance of biliary exploration in treatment of acute hemorrhagic necrotic Pancreatitis

杨彤翰 李鹏程 王细文 丁生才 许明贵 (第三军医大学附属新桥医院普通外科)重庆,630037

急性胰腺炎常与胆道疾患并存[1~4],当出现出血坏死性改变时,术中往往容易只重视胰腺疾病的处理,而忽略胆道系统的探查,从而增加了术后治疗及恢复上的难度。我院于1983年1月至1993年12月共手术治疗出血坏死性胰腺炎62例,本文重点就胰腺炎术中胆道探查的指征及重要性加以报道和讨论。

1 临床资料

本组男32例,女30例;平均年龄44.8岁(15~83岁)。进高脂餐后发病17例(占27.4%),发病前确诊有胆石者6例,无明显诱因45例(占72.58%),伴有黄疸3例,休克14例(22.58%)。临床分组:Ⅰ级51例,Ⅱ级11例。病理改变主要表现为胰腺肿大,片块状出血坏死。范围侵及全胰腺者15例,胰头部23例,体尾部24例。术中同时发现胆总管结石6例,单纯胆囊结石12例,胆囊坏

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

胆总管结石7例，胆道蛔虫4例。术中行胰腺被膜切开、胰床松动加胰周引流49例，胰腺坏死组织清除加胰周引流13例；胆囊切除6例，胆总管切开取石、取蛔虫及T型管引流17例，胆囊切开取石并造瘘4例。

2 结果

治愈55例(占88.7%)。术后并发腹腔脓肿5例，切口裂开2例，死亡7例(占11.3%，死于多器官功能衰竭(MOF)5例，败血症1例，脾动脉破溃大出血1例)，其它见附表。

附表 胆管切开组与未切开组的临床结果

观察项目	胆管切开组	胆管未切开组	P值
淀粉酶增高时间(d)			
血、尿	4.5	9.5	<0.05
胰周渗出液	5.6	10.8	<0.05
胰周渗出液持续天数	7.1	13.6	<0.05
发热天数	11.2	18.3	>0.05
死 亡	3例	4例	>0.05

3 讨 论

尽管急性胰腺炎的病因目前尚未完全明了，但多数学者认为与胆道疾患有关。1901年Opie首先提出了“共同通道学说”，认为结石嵌顿在乏特氏壶腹部可造成急性胰腺炎[5]。Acosta和Kelly[6,7]则发现，胆石性胰腺炎经非手术治疗后，有85%～94%的病人粪便中可以找到胆石，所以提出了“游走理论”，认为结石游走可以导致壶腹部暂时性阻塞及扩约肌痉挛、水肿，从而使胆汁返流进入胰管，造成急性胰腺炎。Siegel[5]认为，慢性胆囊炎及胆石症中，25%～50%的病人为感染胆汁，而急性胰腺炎时，75%～100%的病人为感染胆汁，并指出感染胆汁能够激活胰酶，造成胰腺炎。有人报道[4]，胆石性胰腺炎占急性胰腺炎总数的41%～73%。显然，在急性胰腺炎病因中，胆道疾患占有重要的地位。而目前临床上普遍开展的胰腺被膜切开、胰床松动、坏死组织清除以及胰周引流等术式，均仅限于胰腺本身病变的处理，对胆道系统则无直接作用。当出血坏死性胰腺炎与胆道疾患共存时，上述方法难以取得满意效果，甚至造成术后治疗上的困难。本组4例病人，术中扪诊胆总管“正常”，故仅行胰腺被膜切开、胰床松动加胰周引流术，但术后血、尿淀粉酶持续增高(1 650～8 400U/苏氏)，高热不退，并出现黄疸，其中1例死亡，其余3例经B超证实为胆总管小结石。因此，我们认为，术中在认真处理胰腺本身病变的同时，还必须警惕并重视对胆道系统的探查，以免遗漏诱发病灶。术中如果发现下列情况，应行胆总管切开探查：①胆总管结石、蛔虫；②胆囊内小结石；③黄疸；④胆总管增粗；⑤肝十二指肠韧带水肿、增厚；⑥胰腺组织坏死程度严重或病变以胰头部为主者。

小结石在急性胰腺炎中，起有重要作用。Farinon[4]报道在胆石性胰腺炎中，小结石(直径<3 mm)占74.4%。在出血坏死性胰腺炎中，小结石占18.2%，而大结石仅占2.3%。因此，术中应特别注意胆囊及胆管内有无小结石存在。但在胆囊炎性水肿、壁增厚情况下，胆囊内小结石有时难以发现。由于结石体积小，故容易进入胆总管嵌顿于壶腹部，术中很难靠扪诊发现，漏诊的机会较多。因此，对疑有胆囊内小结石，胆总管轻度扩张或黄疸者，应首先考虑行胆总管切开探查引流。本组5例病人术中仅发现胆囊内小结石，胆总管不粗，也未扪及结石，但切开探查后，则发现其下端有结石。此现象提示，由于局部炎症水肿等因素影响，小结石容易漏诊。

对于胆囊结石的处理，如果术中病情尚稳定，胆囊炎症较局限，周围粘连不重，胰腺坏死程度较轻时，可以考虑行胆囊切除术。但对于病情较重，胆囊炎症显著，粘连明显，胰腺坏死严重者，应行胆囊切开取石造胆囊瘘术。

在处理胰腺本身病变的同时，对胆道系统进行认真探查是必要的。本组中除6例病前已确诊有胆石外，术中探查意外发现胆结石及蛔虫共19例(占30.6%)，说明上述两种疾病同时存在的机会较多。

具备上述探查指征并行胆总管切开探查，对出血坏死性胰腺炎术后恢复是有益的。由于切开探查，可以直接发现胆管内病变并给以及时的治疗，从而减少了胆石性胰腺炎复发的机会，同时也避免了因结石残留而造成的两次手术。T型管引流也能较好地缓解胆、胰管高压状态，有利于胰腺炎症的消退。根据本组有限的资料观察，出血坏死性改变位于胰头部者，其术后血、尿淀粉酶以及胰腺周围渗出液中淀粉酶降至正常的时间看，胆管切开组优于未切开组($P<0.05$)。但病变分布在胰腺体尾部者，两者则无明显差异($P>0.05$)。因此，我们认为应将胰头部出血坏死或肝十二脂肠韧带水肿增厚的病例，作为胆总管切开探查的参考指标。

关键词 胰腺炎/外科手术；胆管疾病

中图法分类号 R657.51

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

参考资料

1 黄映明. 胆石性胰腺炎的特点及诊断治疗. 四川医学,1990;1:14

2 西学致,杨士琨,黄耀权. 胆石性胰腺炎手术时机选择与手术范围探讨. 天津医学,1990;4:204

3 Mahon MJ, Shefta JR. Physical characteristics of gallstones and the calibre of the cystis duct in patients with acute pancreatitis. Br J Surg,1980;67:6

4 Farinon AM. Physiopathologic role of microlithiasisin gallstone pancreatitis. Surg Gynecol Obstet,1987;164(3):252

5 Siegel JH. Gallstone pathogenesis:Pathogenesis and clinical forms. Am J Gastroenterol,1986;81:774

6 Acosta JM, Ledesma CL. Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis. N Engl J Med,1974;290:484

7 Kelly TR. Gallstone pancreatitis. Arch,1974;109:294

(收稿:1994-08-10,修回:1995-01-16)

原发性血小板减少性紫癜脾脏的光镜和电镜观察

Histological and ultrastructural observations on the spleen of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura

梁志清 马宏敏 左声鹤* 蔡志民 陈希伟** 张文军** (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,630038

已知原发性血小板减少性紫癜(Idiopathic Thrombocytopenic Purpura,ITP)的病因是血清中存在大量抗血小板相关抗原的自身抗体,而脾脏又是产生该抗体和破坏血小板的主要场所。文献报道ITP患者脾脏巨噬细胞内有细胞碎片和吞噬包涵体[1],但其来源尚未定论。通过对12例ITP行脾切除的脾脏进行光镜和电镜观察,旨在探讨ITP与脾脏的关系及脾内循环血小板的结局与转归。

1 材料与方法

1.1 观察对象

收集我院1989～1992年临床确诊为ITP患者行脾切除术的脾脏12例。男性4例,女性8例;年龄平均30.5岁。另取8例外伤脾作对照。

1.2 样本制作及观察

所有样本均于切脾后10 min内取材。

1.2.1 光镜制样 常规取材,10%甲醛液固定,石蜡包埋、切片(厚5 μm)、苏木素－伊红(HE)染色。

1.2.2 透射电镜制样及观察 将样品切成1 mm×1 mm×1 mm大小,常规固定脱水、环氧树脂包埋、超薄切片(厚50 nm),日立H-300型透射电镜观察。

1.2.3 扫描电镜样品制备及观察 取5 mm×5 mm×5 mm大小组织块,常规制样后,日本TSM-T300型扫描电镜观察。

2 结果

2.1 光镜观察结果

与正常脾脏相比,ITP患者脾脏较明显的病理改变是白髓有大量增生的淋巴滤泡,且生发中心明显,生发中心内淋巴细胞排列疏松,其间有巨噬细胞。外套带变窄,边缘带相对增宽,前者为小淋巴细胞组成,后者以大中型淋巴细胞及巨噬细胞为主(图1)。未见红髓有明显的病理改变。而正常脾则缺乏上述改变。

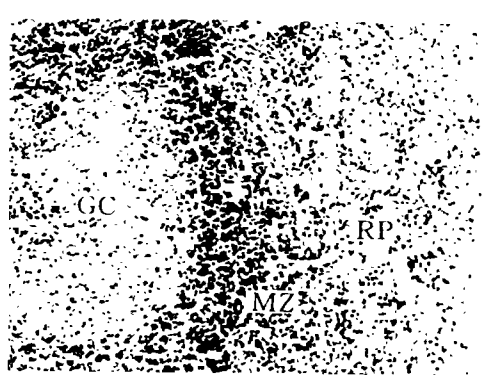


图1 ITP患者脾脏淋巴滤泡生发中心(GC)明显,边缘带(MZ)增宽,红髓(RP)充血不明显。 (HE×100)

2.2 透射电镜观察(TEM)

①ITP患者脾脏白髓生发中心淋巴细胞胞体大,胞浆内线粒体丰富,胞核染色质少,核仁明显,巨噬细胞胞浆内可见细胞

* 基础部病理学教研室
** 基础部仪器中心

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