DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.03.035

解剖不清，或大块组织钳夹、缝扎造成肝总管损伤后所致。良性胆管狭窄常采用手术治疗和内窥镜下气囊扩张术。Paul[4]报道了101例良性胆道狭窄的病人，其中35例进行了外科手术，而66例则行内窥镜下气囊扩张术。他认为两种治疗方法具有同样的成功率。

本组病人全部为外科手术治疗，其目的是畅通胆流，但同时又要防止返流性胆管炎，结石形成，胆道再狭窄和胆汁性肝硬变等问题。从理论上说达到这个目的最好方法是在切除狭窄段瘢痕后胆管对端吻合，但我们的资料表明，只有1例成功地进行了胆管对端吻合修复，其主要原因在于切除瘢痕后，胆管两端距离太远，难以在无张力情况下吻合。如果在有张力情况下勉强对端吻合，很易引起胆管吻合口处组织缺血，造成术后胆瘘和再狭窄。Andren－Sandberg[1]也认为对胆管断裂伤后行胆管对端吻合术应慎重，因为术后易出现吻合口瘘、胆汁性腹膜炎等并发症，从而引起术后再狭窄。

胆管修补术也是治疗胆道狭窄的一种较好的方法。主要优点是仍然保持胆肠正常的解剖通路，对胃肠道消化、吸收功能影响较小。但其适应症小，仅适用于胆总管、肝总管的部分损伤，周围炎症较轻，狭窄段较短的病人。我们共进行了4例。其中1例为胃瓣带蒂大弯侧修补胆管术，另3例为带蒂脐静脉修补术。后者手术简单，易于推广，但其远期疗效仍有待于进一步观察。本组主要的治疗术式是胆肠 Roux－y 吻合，共有15例，占75%，具体术式我们采用了肝总管空肠 Roux－y 吻合，肝门部胆管整形 Roux－y 吻合和肝方叶切除，肝内胆管空肠 Roux－y 吻合，其术式的选择是与胆管狭窄的位置和长度，胆管周围炎症的程度，再次手术间隔的时间和外科医师的经验密切相关。

修复胆道狭窄进行胆肠吻合术要注意4点：①肝门部胆管的显露是整个手术成功的关键，主要通过肝门部解剖找到胆管残端或扩张的胆管，困难者可沿肝圆韧带劈开肝方叶寻找左肝管横部；或肝方叶切除以显露高位胆管。②尽量显露正常的近端胆管，强调正常胆管或接近正常的胆管，就是避免在瘢痕或纤维化明显的胆管上吻合，这对于防止术后再狭窄具有重要作用。为了充分显露正常胆管，我们有5例病人进行肝方叶切除。③肝门部胆管整形，在狭窄时间不长，肝内胆管扩张不明显或 Bismuth Ⅰ型和Ⅱ型病人肝门胆管整形显得更为重要，常用方法是切开左肝管，形成“喇叭口”样吻合，以获得足够宽大的吻合口。④准备合适的空肠，在无张力、扭曲等情况下吻合。在胆肠吻合口处，注意尽量粘膜对粘膜进行吻合，防止小肠粘膜内翻过多引起胆汁引流不畅和胆瘘，这也是减少术后再狭窄发生而值得重视的一个重要环节。

关键词 胆囊切除术/并发症；胆管疾病/外科手术

中图法分类号 R657.46

参考文献

1 Andren－Sandberg A. Accidental lesion of the common bile duct at cholecystectomy. Ann Surg, 1985;201:452

2 姚秉礼. 胆肠吻合术治疗医源性胆道狭窄20例疗效观察. 新疆医学院学报, 1990;13:103

3 Bismuth H. Postoperative strictures of the bile duct. Clinical Surgery International, 1982;5:209

4 Paul HP, Davids M, Andras KF. Benign biliary strictures: surgery or endoscopy? Ann Surg, 1993;217(3):237

(收稿：1994-08-06；修回：1995-01-19)

恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭15例临床分析

Clinical analysis of 15 cases of acute respiratory failure compilcated by malignant tumours

关华军 武毓温 张楚毅 （第三军医大学附属新桥医院肿瘤治疗中心）重庆，630037

恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭是恶性肿瘤较为常见的致死原因，治疗困难，病死率高。现将我院1990～1994年间确诊的15例恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭病例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组15例中男性11例，女性4例，年龄21～75岁。平均52岁。14例死亡，病死率93%。

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

1.2 原发疾病

15例中12例肺癌(均为Ⅲ～Ⅳ期)；1例急性淋巴细胞性白血病(已完全缓解)，1例非何杰金淋巴瘤(ⅣA期)，1例脑干肿瘤。

1.3 诱发病因

15例中12例肺部感染；大手术后2例；肺栓塞2例；右主支气管肿瘤阻塞致急性右全肺不张1例。

1.4 临床表现

本组病例急性呼吸衰竭的主要临床表现是突然发生的呼吸困难，呼吸频率增快(24～58次/min)，呼吸频率与疾病的进展和严重程度相关，吸氧无效。主要体征为发绀(9/15)，胸部湿性罗音(10/15)，痰鸣音(2/15)。

1.5 动脉血气分析

本组病例全部进行了血气分析，PaO_2均在8 kpa以下，$PaCO_2$ 6例低于4.7 kPa，7例超过6.0 kPa，PaO_2/F_1O_2＜39.9 kPa。Ⅰ型呼吸衰竭8例，Ⅱ型呼吸衰竭7例。

1.6 酸碱失衡

本组病例中呼吸性碱中毒5例，呼吸性酸中毒1例，呼酸十代酸6例。

1.7 X线胸片

双肺均有片状密度增高影5例，一侧肺有片状密度增高影7例，肺呈毛玻璃样改变2例，肺水肿1例，伴肺不张5例，伴肺气肿3例(均在70岁以上)，伴胸水2例。

1.8 治疗情况

本组病例全部接受了包括病因治疗和给氧.利尿.强心等综合治疗措施。输液量2000ml/d 4例，其余11例，均在1600 ml以内。2例术中输库存血分别为1100 ml、1200 ml，3例分别为300 ml。10例应用糖皮质激素，其中2例分别用地塞米松30 mg/d，氢化考的松200～300 mg/d。1例应用山莨菪碱20 mg/d，此例存活。2例大手术后应用高频呼吸机，均死亡。

1.9 转归

本组病例发生急性呼吸衰竭后3 d内死亡者9例，4～6 d死亡者4例，11 d死亡者1例，存活1例。

2 讨论

本组15例中12例急性呼吸衰竭由感染诱发，其中10例与肿瘤治疗相关。6例在化疗后4周内，1例在肺部放疗后6周，1例在化疗十肺部放疗中，2例在肿瘤切除术后。白细胞计数＜3.0×10^9/L 3例，其中1例仅有0.4×10^9/L，＞10×10^9/L 6例。放射性肺炎2例。3例白色念珠菌感染。1例大肠杆菌败血症，1例病毒感染，2例为甲型链球菌、卡他布拉汉氏菌，其余5例病原菌不明。恶性肿瘤尤其是造血系统以及其它晚期恶性肿瘤患者易于罹患感染，最常见的是肺部感染，这与下列因素密切相关：①恶性肿瘤患者机体免疫功能低下，化疗、放疗及大手术可使机体免疫功能进一步减退，粒细胞减少，粘膜损害使患者的防御屏障被破坏。②肿瘤细胞破坏组织，阻塞支气管、血管，导致肺不张，肺栓塞，静一动脉分流。③部分化疗药及放射线对肺组织的损伤[1]。病原体多为机会致病菌。由于发病急，病情进展快，常常尚未查明病原菌，患者已出现呼吸衰竭。因此，不仅要重视肿瘤本身的治疗，还应重视感染的防治。一旦发生感染，应尽早明确病原菌，给予及时恰当的抗感染治疗。

本组2例肺栓塞均系肺癌，1例在用力排便后发生，另1例在久病离床后突然出现剧烈胸痛，呼吸急促，紫绀，出冷汗，心动过速，休克，血清乳酸脱氢酶及胆红质增高，谷草转氨酶正常，PaO_2明显降低，均在发病后3 h内死亡。肿瘤患者发生肺栓塞占我国肺栓塞病例的第2位(35%)，其中血栓占2/3，癌栓占1/3。肺栓塞引起肺泡死腔增加，通气减少，通气/血流比例失调，肺动脉高压，严重的呼吸循环障碍可导致病人猝死[2]。早期确诊并给予抗凝、溶栓治疗可以减少死亡。

本组2例手术后发生急性呼吸衰竭的患者，有1例系肺癌，70岁，以前曾接受左上肺叶切除、在进行第2次手术右上肺叶切除术中输入库存血1100 ml，液体1500 ml，术后发生了肺水肿，肺部感染，很快发展到急性呼吸衰竭，肾功能衰竭。快速大量输入库存血，可因血小板，血细胞凝集物，纤维素，细胞膜，蛋白沉淀物所形成的非定型碎片阻塞毛细血管，增加血管阻力，损伤肺功能，促进急性呼吸衰竭发生[3]。对于年老，心肺功能储备差的患者，应避免输入大量库存血。

本组1例治疗后存活患者在肺癌化疗十放疗中发生放射性肺炎伴霉菌、细菌混合感染，2天后发生Ⅰ型呼吸衰竭，立即给予吸氧、利尿、抗感染，大剂量地塞米松及山莨菪碱，治疗8天后低氧血症完全纠正。急性呼吸衰竭尤其是与肺部放疗相关者，应用皮质激素可保护毛细血管内皮细胞，保护肺Ⅱ型细胞分泌表面活性物质，具有抗炎，促进肺间质水肿吸收的作用[4]。山莨菪碱可拮抗肾上腺素α受体和阻滞胆碱M受体，解除小血管痉挛，改善通气/血流比值，提高PaO_2，减轻肺损伤[5]。

恶性肿瘤并发急性呼吸衰竭在发病早期往往被原发疾病症状掩盖，当急性呼吸衰竭的症状，体征及血气分析检查都很典型时，患者已处于垂危阶段，治疗难度大，病情难以逆转。因此，提高对急性呼吸衰竭的警惕，严密监测病情，及时采取综合治疗，可使病死率下降。

关键词 肿瘤/并发症；呼吸功能不全

中图法分类号 R563.8

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

参考文献

1 Young LS. Infection in cancer patients. In:Haskellcm, ed. Cancer Treatment. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company,1990:831

2 何礼贤,李华德.肺血栓栓塞.见:戴自英主编.实用内科学.第9版,北京人民卫生出版社,1993:885～888

3 王宏达,徐燕屏,于润江.成人型呼吸窘迫综合征13例临床及病因分析.中华结核和呼吸杂志,1983;5:264

4 张楚毅.ARDS的血气变化.见:毛宝龄.郭先健主编.临床血气分析.北京:人民军医出版社,1985:125～132

5 毛宝龄.成人型呼吸窘迫综合征.见:董声焕主编.呼吸衰竭基础与临床.北京:人民军医出版社,1992:268～278

(收稿:1995-02-15;修回:1995-05-18)

应用多功能电离子机治疗急性牙髓炎

Application of multifunctional electronic therapeutic device to acute pulpitis

于一心 初颜兵 (第三军医大学附属西南医院口腔科)重庆,630038

急性牙髓炎最突出的临床症状是剧烈疼痛,其应急治疗目的是止痛。常规治疗是开髓引流并放置丁香油棉球安抚消炎止痛,数日后再作失活处理的方法,这种惯例的方法,带来了门诊复诊次数的增加,疗程延长。作者自1990年以来应用GX－Ⅰ型多功能电离子治疗机去除患牙牙髓,行一次性完成充填,共32例.取得了较好的临床效果,现介绍如下。

1 材料和方法

1.1 GX－Ⅰ型多功能电离子治疗机

为广西科学院应用物理研究所生产。功率100 VA,输出指示为5～16 V。

1.2 病例选择

在口腔科门诊随机选择患有急性牙髓炎26例,慢性牙髓炎急性发作者6例,共32例,男22例,女10例;年龄15～50岁;前牙占3例,均系外伤后髓腔暴露,前磨牙11例(上颌6例,下颌5例),磨牙14例,第一磨牙14例,第二、三磨牙各2例。

1.3 治疗方法[1]

在局麻下,开髓、充分揭顶,暴露髓腔,填棉球压迫止血。接通治疗机电源调节旋扭,输出功率调到15V,将开关拨向"短火挡"。前牙选用"0"号光滑针,后牙选用直径0.3 mm不锈钢丝作治疗针头安插在笔式治疗机上,前端弯成90°的角度。然后取出髓腔内的棉球,将触头直接接触牙髓,直至髓腔牙髓及根髓全部或大部气化消失,可重复插入3～4次,尽量将根髓去净,最后前牙作常规一次根充或桩冠修复,后牙常规作干髓,一次完成充填。

2 疗效观察

32例治疗后,经一年以上的随访观察,其结果:临床无症状,叩诊后正常,咀嚼功能良好;X线检查示:根尖部无任何病变,占29例。有3例在治疗后次日出现冷热刺激痛,叩诊痛,这3例均为磨牙。处理:去除原补料,用探针探测时,发现其中某一根管口牙髓探痛明显。分析其原因是:局麻下去髓操作时疼痛,去根髓不彻底。3例均改用其它方法处理。

3 体会[1～2]

本机治疗时,利用触头与组织之间的极小气隙中形成的极高的电场强度使气体分子电离,产生等离子火焰,这种高温火焰,致使局部组织气化而消失[2]。电离子治疗机用于去髓的机理就是利用了这一等离子体火焰,当治疗机触头与髓组织接触瞬间,致使牙髓组织瞬间气化而消失。

本法优点:①产生的高温具有很好的止血作用,使牙髓腔暴露清楚,便于充填操作[1]。②去髓快速,彻底,不仅可去净冠髓,而且可将根髓大部去净。③具有较强的消毒杀菌作用。④疗程缩短,减少复诊,一次治愈率高。⑤操作简便,易于掌握。

此法是治疗牙髓病的有效方法,优越于高频电烙治疗器、电凝治疗器及激光治疗机。电离子机的金属触头为针状,直接接触病损部位,范围小而准确。激光的光束照射不如电离子机准确,易造成其他部位损伤,且深度不易掌握。电烙法对牙髓组织能完成凝固,不能达到气化,而且术后反应重,疼痛表现明显。

关键词 牙髓炎;电离子

中图法分类号 R781.31

参考文献

1 刘瑞林,曹全禄.多功能电离子手术治疗机在口腔应用.现代口腔医学杂志,1994;2:95

2 刘加成,温献洲,胡宝琪等.电离子机治疗乳头状瘤51例报告.华西口腔医学杂志,1994;12(1):22

(收稿:1995-04-10;修回:1995-06-15)

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