DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.04.027

抗生素。

3 结果

6 例伤口均一期愈合。术后随访 6 年 1 例、4 年 2 例、3 年 3 例。临床和 X 线检查未见肿瘤复发及骨块吸收。植骨块均获得正常愈合。2 例钛关节头与植骨块连接稳固，下颌关节功能良好，开口度为 2.5～3cm。面部外形佳，已配戴托牙，咀嚼功能恢复。

4 讨论

4.1 手术适应症

4.1.1 下颌骨良性肿瘤截除、修整、煮沸后，骨块仍保持连续性及足够强度，或经钛板加固后具有一定强度，适用本法立即再植。

4.1.2 下颌骨良性肿瘤破坏髁状突，灭活骨块配加钛制关节头，也适于本法再植。此法文献尚无报道，本组 2 例成功的经验提示，煮沸自体下颌骨可与非生物材料混合移植，扩大手术适应症。

4.2 手术禁忌症

4.2.1 下颌骨被肿瘤破坏失去连续性，切除灭活 后无法进行再植，不宜采用本法。

4.2.2 下颌骨 恶性肿瘤，骨破坏严重，软组织切除较多，不适合本法再植。

4.3 手术成功的体会

4.3.1 根治肿瘤：肿瘤下颌骨切除煮沸后再植，首要的是实现肿瘤根治。因此，除了手术遵守肿瘤外科原则外，对肿瘤骨灭活必须充分彻底，煮沸不少于 30min，植骨块筛状钻孔既利于肿瘤灭活，又利于骨床血管长入骨块。

4.3.2 良好的植骨术：灭活的植骨块被新生骨“爬行代替”，植骨床丰富的血运为其重要条件。因此应尽量多保留骨周正常组织和骨膜。

4.3.3 预防感染：煮沸骨如同其它游离组织一样，抗感染能力差，一旦感染导致植骨失败。因此，植骨床必须绝对隔离口腔，避免细菌污染；骨块预备中遵守无菌操作；骨块再植前用抗生素液浸泡，植入后骨床放抗生素粉；缝合时切忌骨床有张力和遗留死腔，常规放引流条。

4.3.4 可靠的固定：骨端贴合紧密固定牢固，必要时附加钛板加强骨块的稳定性，术后颌间结扎。有效的固定、制动利于植骨块愈合。

关键词 煮沸骨；下颌骨；再植术

参考文献

1. Behringer WH. Mandibular replacement after resection for tumor. Laryngoscope, 1977; 87: 1922
2. Castermans A, VanGarsse A. Primary reconstruction of the mandible after resection for oral cancer. Acta Chir Belg, 1977; 76: 205
3. Tu Ey-fu. Autogenous boliled tumor bone immediate grafting of the mandible. Chines Medical J, 1979; 92: 862
4. 李文治。用煮沸骨再植行下颌骨重建的实验和临床研究。国外医学：口腔医学分册，1990；1：55

（收稿：1992-07-17；修回：1993-04-15）

新生儿空肠弯曲菌肠炎伴乳糖吸收不良 5 例报告

赵聪敏 李为明 崔守信 杨 颖 （第三军医大学新桥医院儿科）630037

空肠弯曲菌已公认是人类腹泻的重要病原菌之一，发生率为 3%～14%[1]。近年来，对空肠弯曲菌的流行病学、血清分型、发病机理等已有不少研究[1,2]，但对新生儿空肠弯曲菌肠炎的报道不多，国内且未见其与乳糖吸收不良（LM）的相关研究。本文初步观察了 35 例新生儿腹泻，其中 5 例空肠弯曲菌肠炎并发 LM 的情况，现报道如下。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1 对象与方法

1.1 病例选择

于 1991 年 1～7 月，选择我院儿科门诊足月（孕龄 37～42 周）未经抗生素治疗，大便外观有粘液及镜检白细胞＞3～5 个/HP 的新生儿腹泻 35 例为观察对象；平均腹泻为 1.6±0.8 d，除两例患儿因脱水住院外，均无明显水及电解质紊乱和全身中毒症状。另外记录其喂养方式及家庭卫生情况。

1.2 实验室检查

所有患儿均任其自然排便或开塞露通便，并采集新鲜标本送检。

1.2.1 大便培养：选择大便有粘液处标本立即接种于 Campy-BAP 培养基上并置于烛缸内，放入 42℃～43℃孵箱内培养 48 h，发现可疑菌落后涂片采用 1%硷性品红染色，直接镜检寻找 S 状、螺旋状或海欧翅状短而细小的弯曲菌；另采用生化法鉴定空肠弯曲菌[1]。

1.2.2 大便乳糖测定及 LM 的判定：参考王氏[3]提出的方法，采取新鲜大便 2g 左右，加入 37℃左右蒸馏水 5ml 并充分搅拌，静置后除去沉渣，取上面液置入试管中，再加入乙酸铅 0.3g，加热至沸水 1min 左右后加入 7.14mol/L 氢氧化铵 2ml，继续加热 3min 左右再静置；若出现微量粉红色沉淀物为乳糖阳性（+），少量为（++），多量且带黄色沉淀（+++），大量且带黄色沉淀（+++）；≥（+）者为 LM，＜（+）为正常。

2 结果

2.1 腹泻与 LM

35 例新生儿腹泻中，空肠弯曲菌肠炎和不明原因腹泻与 LM 的发生率及其在不同喂养方式中的例数见附表。空肠弯曲菌肠炎组与病因不明腹泻组 LM发生率的比较，有显著差异（$\chi=6.076$，$P<0.05$）。

附表 腹泻与 LM

喂养方式	例数	空肠弯曲菌肠炎		病原不明腹泻组	
		例数	LM(%)	例数	LM(%)
母 乳	15	1	1(100.0)	14	7(50.0)
牛 奶	15	2	2(100.0)	13	8(61.5)
牛奶＋配方食品	5	2	2(100.0)	3	1(33.3)
合 计	35	5	5(100.0)	30	16(53.3)

2.2 空肠弯曲菌肠炎组治疗效果及 LM 的动态观察

在确诊为空肠弯曲菌肠炎的 5 例中，均于初诊时给予口服无味红霉素治疗，4 例在 3～5 d 复诊时大便培养转阴性，其中 3 例粪便乳糖测定阴性，1 例阳性（++）且仍日解稀便 4～5 次并持续至第 7 天后大便成形及粪便乳糖测定阴性。

3 讨论

据文献报道[4]，孕龄 8～34 周胎儿的乳糖酶活性已经形成并逐渐上升，婴儿期出现峰值。乳糖酶缺乏（LD）分原发性和继发性两类。原发性 LD 除见于未成熟儿（孕龄＜34 周）暂时性缺乏外，主要是指获得性 LD 与遗传有关；足月新生儿 LD 主要是继发性的，与近端小肠疾病如感染性腹泻有关；继发性 LD 可导致 LM 和乳糖不耐症（LI）。迄今为止对轮状病毒性肠炎并发 LM 或 LI 已有不少报道，而冠状病毒、小圆病毒、空肠弯曲菌、致病性大肠杆菌、沙门氏菌、梨形鞭毛肠滴虫、隐孢子虫感染性腹泻并发 LM 或 LI 则报道较少[5]。1988 年，Shane[6]首先报道一例新生儿空肠弯曲菌肠炎并发 LI。本文空肠弯曲菌肠炎 5 例中，LM 的发生率 100%，与病原不明腹泻组并发 LM 比较，有显著差异（$P<0.05$），提示空肠弯曲菌肠炎是引起继发性 LD，导致 LM 或 LI 的原因之一。除一例未能随访外，其他空肠弯曲菌肠炎并发 LM 的 4 例，经口服无味红霉素治疗 3～5 d 大便培养均转阴性，提示红霉素对空肠弯曲菌有良好的治疗效果；在不改变原喂养方式情况下，腹泻均在 7 d 内停止，且大便乳糖测定转为阴性，推测空肠弯曲菌肠炎诱发的 LD 经有效抗生素治疗后可能有助于恢复[5,6]。虽然 4 例空肠弯曲菌肠炎患儿在确诊后减少或停止含乳糖食品 8～12 h 均腹泻缓解或停止，但恢复原喂养方式后大便含水量又增多，次数增加，似乎说明限制含乳糖食品对缓解 LI 有效。文献报道母乳喂养者在腹泻急性期继续母乳喂养有利于遏制肠道内感染，促进康复；

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

小量多次喂养有利于降低小肠内的乳糖负荷，减少或避免 LI，而停止母乳喂养易致腹泻迁延，因此主张母乳喂养[4,5]。牛奶或牛奶＋配方食品喂养者，在腹泻期间为了缓解 LI 可考虑采用免乳糖食品[4]。

本文所观察的新生儿腹泻中，空肠弯曲菌肠炎 5/35 例，占 14.3%。这种高发生率除与选择病例有关外，似乎还能提示新生儿腹泻中空肠弯曲菌感染亦是不可忽视的问题。虽然未进一步做流行病学调查，但 5 例中 1 例有腹泻病人密切接触史，5 例均住农村且有家禽、畜饲养，有禽、畜一人，或人一人感染的可能。

关键词 新生儿；空肠弯曲菌；乳糖吸收不良

参考文献

1. 朱猷琦 崔风文 赵聪敏，等。空肠弯曲菌肠炎的临床和实验方法研究。第三军医大学学报，1985；7(4)：368
2. 陈 群。空肠弯曲菌的致病性及基因控制。国外医学：微生物学分册，1988；2：71
3. 王建奎 姚福宝 庄少伟，等。改良 Rubner 法对乳糖不耐症的粪便乳糖测定。中华儿科杂志，1990；28(1)：40
4. 赵聪敏。乳糖吸收不良和不耐症。国外医学：儿科学分册，1992；3：131
5. Davidson GP, Goodwin D, Robb TA, et al. Incidence and duration of lactose malabsorption in children hospitalized with acute enteritis. J Pediatr, 1984; 105(4): 587
6. Shane MA. Neonatal campylobacter enteritis with secondary lactose intolerance. Acte Pediatr Scand, 1988; 77(5): 603

（收稿：1992-10-30；修回：1993-03-24）

胆总管十二指肠吻合术疗效评价及再手术原因分析

王曙光 蔡景修 王敖川 （第三军医大学西南医院肝胆外科中心）630038

胆总管十二指肠吻合术(CDDS)利弊一直存在着争论[1~4]。本文对 1976 年至 1984 年间在我院施行 CDDS 的 46 例病人进行随访，并通过分析 1977 年至 1990 年间 42 例 CDDS 后再手术原因，对 CDDS 疗效、手术指征和再手术原因进行了讨论。

1 临床资料

CDDS 46 例，男 24 例，女 22 例，年龄 20～70 岁，平均 53 岁。CDDS 术后再手术者 42 例（其中 3 例为在我院行 CDDS 者），男 11 例，女 31 例，年龄 20～74 岁（平均 43 岁），行 CDDS 的原因中，缩窄性乳头炎或胆管下端良性狭窄 36 例(42.4%)；胆总管结石 24 例（28.2%）；乏特氏壶腹周围癌 11 例（12.9%）；肝外胆管损伤，胆总管囊肿各 6 例(7.1%)；肝内胆管结石，返流性胆管炎各 1 例。

46 例 CDDS 中有 6 例失去随访，随访率 87.0%。胆总管十二指肠吻合口平均 2.7cm。随访结果表明：乏特氏壶腹周围癌 11 例，在术后 5 个月至 3 年内死亡，生存期间无典型胆道感染症状。良性胆道疾病 29 例，CDDS 后有明显腹痛、寒战、发热，有或无黄疸者 10 例(34.5%)，其中 3 例进行了再手术；有腹痛、发冷发热，但发作不频繁，能坚持日常生活或工作者 4 例(13.8%)，二者共计 14 例(48.3%)。多数病人上述症状于术后 1 年内即出现，但频繁发作多在 CDDS 术后 5 年以后。术后无症状者 15 例(51.7%)，其中既往有毕罗Ⅱ氏胃大部切除史或因合并胃十二指肠疾病与胃大部切除同时行 CDDS 者 11 例。术后有胆道感染症状的病人中有 2 例与胃大部切除同时行 CDDS，其中 1 例左肝内有结石，另 1 例为胆总管囊肿与十二指肠吻合。如果除外既往或 CDDS 同时行胃大部切除的 13 例，术后有症状者高达 75%(12/16)。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net