

交叉血供并未减少;而骨膜下浸润麻醉时,药物直接作用于手术区周围的末梢血供,从而使手术时的出血显著减少,手术视野也更加清晰。

[参 考 文 献]

[1] 张锡泽,邱蔚六.口腔颌面外科学[M].第2版.北京:人民卫生

出版社,1989:56~59,68~69.

[2] 梁 斌.口腔颌面常见病的手术治疗[M].贵阳:贵州科学技术出版社,1991:35~38.

[3] 唐寄萍,查 炜.骨膜下浸润麻醉牙髓切除(断)术临床观察[J].上海口腔医学,2001,10(2):186~187.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0456-02

·临床医学·

急性坏疽性胆囊炎的临床特点和外科诊治体会

沈铁骁

[摘要] 目的:探讨急性坏疽性胆囊炎的临床特点和外科诊治方法。方法:对1993~2002年外科收治的118例急性坏疽性胆囊炎患者临床特点和外科诊治资料进行回顾性分析。结果:急性坏疽性胆囊炎多由急性胆囊炎发展而来,多发生于老年患者,进展迅速,病情凶险,明确诊断后立即手术治疗,本组118例均行手术治疗,治愈114例,病死4例。结论:早期诊断,完善的术前准备,积极的手术治疗是提高治愈率的关键。

[关键词] 胆囊炎;坏疽;外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 634. R 575. 61

[文献标识码] A

急性坏疽性胆囊炎多由急性胆囊炎发展而来,多见于老年患者,由于机体对炎症的应激反应能力差且伴发疾病多,胆囊坏疽的发生率高,病情发展迅速。发病后,应采取及时的手术治疗,否则将会导致严重的后果。1993~2002年,我院外科共收治并经手术证实的急性胆囊炎患者1248例,其中经术后病理证实为急性坏疽性胆囊炎者118例,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男49例,女69例;年龄37~84岁。患者均有不同程度的腹痛。体检:104例患者有体温明显升高 $38.0\sim 39.6^{\circ}\text{C}$;脉搏加快 $93\sim 136$ 次/分;伴有黄疸者32例;所有患者都有右上腹的肌紧张、压痛及反跳痛,其中89例可扪及肿大的胆囊或胆囊周围炎性包块;白细胞计数 $(10.3\sim 28.7)\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 $0.803\sim 0.924$ 。B超检查:82例患者有胆囊肿大、胆囊多发结石或胆囊颈部巨大结石、胆囊壁增厚、胆囊周围渗出等;CT检查可发现胆囊壁弥漫性增厚、胆囊体积增大,胆囊外廓的边界模糊,周围出现水肿带,胆囊肝床界面不清;并发中毒性休克34例;合并高血压43例,冠心病61例,糖尿病15例,慢性支气管炎、肺气肿21例。

1.2 治疗方法 本组118例患者均行手术治疗。手术采用气管内联合连续硬膜外麻醉,手术切口选择右上腹经腹直肌切口,术中发现所有病例均有胆

囊黏膜或胆囊壁不同程度的部分或全部坏死,其中胆囊、十二指肠内瘘3例,胆囊穿孔破裂7例,75例行单纯胆囊切除术,27例行胆囊大部切除加残余黏膜烧灼术,3例行胆囊切除加十二指肠修补术,11例行胆囊切除加胆总管探查术,2例行胆囊造瘘术。

1.3 治疗结果 本组114例经手术治疗后痊愈出院,治愈率为96.61%。术后切口感染28例(23.73%)。术后死亡4例(3.39%),其中3例死于中毒性休克,1例死于呼吸功能衰竭。平均住院天数19.2天。

2 讨论

急性坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎病程发展的一个阶段,多数急性坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎未能及时手术而使病情发展的结果。急性胆囊炎患者一旦出现胆囊坏疽,往往病情凶险,此时若不能得到及时的手术治疗,往往导致胆囊穿孔、破裂及弥漫性腹膜炎、中毒性休克等一系列危及生命的严重并发症。

本组资料显示,急性胆囊炎出现胆囊坏疽的多为老年患者,平均年龄61岁,女性多于男性;这些患者多数合并有高血压、冠心病、糖尿病以及呼吸系统等疾病,免疫力低下,抗病能力差,一旦发病,则病程进展迅速,中毒性休克发生率高,病情凶险。临床表现主要为右上腹疼痛伴有畏寒、高热,黄疸多不明显。体格检查:右上腹有肌紧张、压痛及反跳痛,多数患者可以扪及肿大的胆囊或胆囊周围炎性包块;如合并胆囊穿孔,则有全腹剧烈疼痛,体检可发现弥漫性腹膜炎体征,腹穿可抽出胆汁样液体;实验室检

[收稿日期] 2004-03-31

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 普外科,233000

[作者简介] 沈铁骁(1966-),安徽蚌埠人,主治医师。

查:白细胞数明显增加,多在 $15.0 \times 10^9/L$ 以上,最高者达 $28.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞接近 0.90;B 超或 CT 往往可以提示有胆囊多发结石或胆囊颈部结石嵌顿、胆囊体积增大,胆囊壁增厚、胆囊外廓的边界模糊、周围出现水肿带的急性炎症性改变。对于上述患者,笔者在积极抗休克、控制感染、改善心肺功能、纠正水电酸碱紊乱等的同时,即刻手术。笔者主张急性胆囊炎发病 72 h 内由于炎症、水肿尚不严重,宜尽早手术,以免病情发展;发病 72 h 后由于局部粘连、水肿、解剖不清,一般先行内科治疗,待度过急性期后再择期行胆囊切除术。但是,如内科治疗无明显效果、症状逐渐加重或怀疑有胆囊坏疽者,则应及时行手术治疗,以免造成严重的并发症。

我们通常选择气管内麻醉和连续硬膜外麻醉相结合的方式,这样全麻可以较浅,病人苏醒早,肺部并发症少,而连续硬膜外麻醉能保证良好的肌松效果,有利于手术的操作。手术选择右上腹经腹直肌切口。本组病例多为老年患者,我们进腹后首先用 1%利多卡因行胆囊三角封闭,以减少因胆心反射而发生的心室纤颤和心脏停搏^[1]。对于胆囊张力大、影响操作者,可先行胆囊减压。胆囊三角区炎症明显、组织僵硬、解剖关系不清者,可先从胆囊底部向胆囊颈部剥离胆囊,待胆囊管和胆总管、肝总管的关系明确后,再作切除,以免造成损伤。胆囊大部切除在难处理胆囊术中的应用可看作是预防医源性损伤的一种措施^[2],本组病例中有 27 例行胆囊大部切除

加残余黏膜烧灼术,术后无并发症出现。胆囊造口术是在病人全身情况难以承受或局部因病理改变严重、使术者不能行胆囊切除而采取的方法。本组有 2 例患者采用胆囊造口术,术后 1 例痊愈,另 1 例因全身情况差,术后死于呼吸功能衰竭。本组胆囊穿孔 7 例,均行胆囊切除加彻底腹腔清洗、腹腔置管引流,其中 2 例患者在外院保守治疗时间较长,转入我院时已中毒性休克,术后死亡,其余 5 例痊愈出院。对于胆囊十二指肠内瘘的患者,往往局部粘连严重,应仔细分离,本组 3 例均行胆囊切除加十二指肠修补术,术后愈合良好。

急性坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎病情发展所致,对于胆囊结石及急性胆囊炎患者及时手术是防止坏疽的重要措施。此类患者,明确诊断后,应采取积极手术的治疗态度。术中应根据具体情况采取合适的手术方式,胆囊部分切除及胆囊造瘘均不是理想手术,在可能切除条件下尽量避免此手术,本文部分切除 27 例,比例太高,显然与手术技术有关,应予以改善。高龄并非手术的禁忌证,但术前应充分了解病人的全身情况,作好完善的围手术期准备,以保证手术的安全。

[参 考 文 献]

- [1] 陈建民,李海潮,孙群,等.胆囊切除术中胆囊三角区封闭的意义及评价[J].中华普通外科杂志,1998,13(5):317.
- [2] 黄志强.黄志强胆道外科学[M].北京:人民军医出版社,1991:189~190.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0457-02

·临床医学·

Robertshaw 双腔支气管导管顺式引导插管法

赵本权,周祖兴,徐忠厚

[关键词] 麻醉,气管内;双腔导管;支气管内插管

[中国图书资料分类法分类号] R 614.21 [文献标识码] B

单腔气管插管困难已见很多报道,双腔气管插管困难目前报道的不多。为此,笔者总结 12 例插入单腔气管导管后采用导引管法顺式引导 Robertshaw 双腔支气管导管(double-lumen endobronchial tube, DLT)的经验,现作介绍。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 9 例,女 3 例;年龄 28~74 岁。体重 36~80 kg。其中肺癌 9 例,气胸 2 例,中叶肺不张 1 例;

左侧 Robertshaw DLT 5 例,右侧 Robertshaw DLT 7 例。12 例患者术前预测气管插管无明显困难,有 2 例分别上、下切牙缺如 4 颗,1 例上切牙缺 1 颗,另 3 颗松动。

1.2 操作方法 入手术室后无创监测血压、脉搏和氧饱和度;静脉诱导采用咪达唑仑 0.1 mg/kg 加硫喷妥钠 $3 \sim 4 \text{ mg/kg}$ 或依托咪酯 0.2 mg/kg ,维库溴铵 $0.1 \sim 0.14 \text{ mg/kg}$,芬太尼 $2 \sim 4 \mu\text{g/kg}$ 。肌肉松弛后插入带气囊气管导管接麻醉机,由助手将气囊充气并听诊呼吸音确定导管在气管内无误;操作者向气管导管内插入长约 90 cm 带刻度弹性引导导管,当引导管顺利插入约 40 cm 时,迅速将单腔气管导管气囊放气后退出,将引导管套入 Robertshaw DLT(37 或 39 号)

[收稿日期] 2004-03-12

[作者单位] 安徽省六安市人民医院 麻醉科,237005

[作者简介] 赵本权(1963-),男,安徽六安人,主治医师。