

3 讨论

3.1 LC 致胆管损伤的处理 根据胆管损伤的部位、程度及发现的时间采取不同的手术方式:术中发 现胆管壁穿孔伤 1~2 mm 者,可在腹腔镜下行穿孔处缝合,然后置管引流,不必上 T 管支撑;也可不缝合而单纯行引流管引流。本组曾有 1 例直接引流 1 个月后痊愈,胆管壁穿孔伤较大者,于穿孔处将胆管切开,然后置合适 T 管,术后 4~6 周拔除;胆管壁撕裂伤,尽可能保留条状或片状组织的胆管壁,于胆管平面上或以下切开胆管,放置合适 T 管支撑,利用残存活组织修复,也可利用胆囊管残端修复,术后 T 管支撑 6~12 个月^[4];胆管横断伤者要行胆管修补、对端吻合,放长臂 T 管支撑引流;如损伤过大者,行肝管空肠 Roux-en-Y 吻合;术后发现胆管损伤者,如腹腔污染轻,可根据情况行一期修复;如腹腔污染较重者,可先行腹腔引流、近端胆管引流,待腹腔感染控制后再行二期处理。

3.2 LC 致胆管损伤的预防 (1)LC 开展早期,应严格选择手术适应证:对急性化脓、坏疽性胆囊炎、胆囊颈结石嵌顿的萎缩性胆囊炎、与胃肠道形成内瘘的胆囊炎等估计 Calot 三角粘连严重、解剖关系不清者要主动中转开腹手术^[5]。(2)手术操作应在以胆囊颈管为中心的相对安全区进行,而不要在三管汇合部的危险区进行。(3)重视粘连严重的 Calot 三角的处理。应尽量避免使用电钩,可用钝性分离

钳紧贴胆囊壶腹向下解剖,由表层至深层逐步分离,当解剖出胆囊颈或部分胆囊管时就可上钛夹切断。也可从胆囊后三角小心向前解剖出胆囊管。对部分粘连严重无间隙者,采用逆行剥离胆囊的方法,由胆囊底开始紧贴胆囊壁逆行分离,当分离至胆囊哈氏袋与胆囊颈交界处时即可离断胆囊,将结石取出后近端用钛夹钳闭,并于小网膜孔放置引流管^[6]。(4)准确辨认肝外胆管和血管的正常解剖和变异,当辨认有困难时可向胆囊侧分离胆囊管。(5)始终保持手术野的清晰,避免盲目电凝而损伤胆管。(6)正确处理特殊病变的胆囊管。(7)对 Calot 三角粘连严重、腹腔镜操作难度大者,适时主动中转开腹,可大大降低胆管损伤的并发症,保证手术安全。

[参 考 文 献]

- [1] Bagia JS, North L, Hunt DR. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery[J]. ANZ J Surg, 2001, 71 (7): 394-397.
- [2] 付由池,高志清,刘正才,等.电热效应性胆管损伤的特点与处理[J].陕西医学杂志,2006,35(2):165.
- [3] 郑树森,沈岩,黄东胜,等.腹腔镜胆囊切除术开展初期减少并发症发生的一些体会[J].中华肝胆外科杂志,2002,8(4): 241-243.
- [4] 张新,王忠凯.经腹腔镜胆囊切除术胆管损伤的防治分析[J].中国医药导报,2008,5(6):53.
- [5] 王琦,张训臣.腹腔镜胆囊切除术并发高位胆管损伤的防治要点[J].肝胆外科杂志,2004,12(4):290-292.
- [6] 康林,闫长红.腹腔镜胆囊切除术胆管损伤 4 例分析[J].中国医药指南,2007,5(10):169-170.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0609-03

·临床医学·

硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响

赵甫,赵天龙,王小东,张燕翔

[摘要]目的:探讨硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响。方法:60 岁以上的高血压患者 76 例,随机分为 A 组 40 例,口服国产硝苯地平缓释片 20 mg/d 和依那普利 5 mg/d, B 组 36 例,口服美托洛尔 50 mg/d,联合氢氯噻嗪 25 mg/d,治疗 6 个月,比较治疗前后两组脉压的变化及不良反应。结果:两组治疗 6 个月后收缩压和脉压均明显减少($P < 0.01$),A 组脉压降低幅度更明显,两组差异有统计学意义($P < 0.01$),且严重不良反应少。结论:硝苯地平缓释片联合依那普利较氢氯噻嗪和美托洛尔更能明显降低老年高血压患者的脉压,不良反应轻,预示可降低靶器官的损害和减少心血管事件。

[关键词] 高血压;硝苯地平;依那普利;脉压

[中国图书资料分类法分类号] R 544.1 [文献标识码] A

临床上,常见老年高血压患者对降压药物治疗不敏感,而且脉压较大,并发症多,给降压药物的选择带来一定困难。我们选用硝苯地平缓释片与依那

普利联合使用,不仅能有效降低收缩压,而且能缩小脉压,不良反应少。本文就硝苯地平缓释片联合依那普利对老年高血压患者脉压的影响作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 76 例受试者系 2007 年 9 月至 2008 年 3 月我院门诊患者。男 42 例,女 30 例,符合

[收稿日期] 2008-11-28

[作者单位] 安徽省灵璧县人民医院 心内科,234200

[作者简介] 赵甫(1968-),男,主治医师。

1999年WHO/ISH诊断标准。多数患者未正规治疗,其中合并糖耐量异常8例,冠心病13例,有脑梗死病史4例。病例纳入标准:收缩压(SBP) ≥ 140 mmHg且 < 180 mmHg;脉压(PP) ≥ 50 mmHg。排除标准:继发性高血压;合并严重心、肾功能不全及脑血管意外急性期;正在服用钙离子拮抗剂(CCB)药物;舒张压(DBP) < 60 mmHg。

1.2 方法 上述患者停用原来降压药物,随机分为A、B两组,A组40例采用硝苯地平缓释片(南京白敬宇有限责任公司)20 mg/d,分2次服用,加服依那普利5 mg/d,清晨顿服。B组36例口服美托洛尔25 mg,每天2次,联合氢氯噻嗪25 mg,每天1次,共6个月。治疗期间患者在诊所或在家中自测血压,如DBP < 60 mmHg,合并冠心病患者DBP < 70 mmHg,可将上述药物减量。治疗前后均进行血糖、血脂、肝肾功能、心电图及尿常规等检查,入选的患者常规抗血小板、调脂治疗。

测量血压时,患者休息10 min后采取坐位,10 min内使用水银血压计连续测量3次,并取其平均值作为实测血压数值。

1.3 观察指标 (1)记录治疗前和治疗6个月后的SBP、DBP,并计算PP的大小和变化。(2)严重不良事件发生。

1.4 统计学方法 采用 t 检验。

2 结果

2.1 血压变化 治疗后两组SBP均明显下降($P < 0.01$),PP缩小($P < 0.01$),A组PP缩小程度明显大于B组($P < 0.01$)(见表1)。

表1 两组患者治疗前后血压变化比较(mmHg)

分组	n	SBP	DBP	PP
治疗前($\bar{x} \pm s$)				
A组	40	154.99 \pm 9.45	85.11 \pm 7.85	69.88 \pm 9.34
B组	36	154.93 \pm 9.45	85.15 \pm 8.10	69.78 \pm 8.77
t	—	0.03	0.02	0.05
P	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05
治疗后($\bar{d} \pm s_d$)				
A组	40	-17.4 \pm 5.71**	-9.13 \pm 3.83**	-8.28 \pm 4.49**
B组	36	-15.53 \pm 6.08**	-9.92 \pm 4.42**	-5.61 \pm 4.28**
t	—	1.40	0.83	2.65
P	—	> 0.05	> 0.05	< 0.01

配对 t 检验:** $P < 0.01$

2.2 不良事件发生 治疗期间两组分别出现体位性低血压6次和5次,两组便秘各5次,出现乏力和纳差分别为3次和8次。A组发生面红3例,咳嗽

5例,心力衰竭1例,无脑卒中发生,减量后未影响治疗。B组出现痛风4例,新发糖尿病4例,窦性心动过缓5例,减量3例,停用美托洛尔2例;脑卒中3例,心力衰竭1例。A组心电图好转11例,B组好转6例。两组治疗前后血脂、肝肾功能及尿常规变化未见明显差异,两组无一例死亡。

3 讨论

近年来,关于PP与心脑血管病关系引起人们的广泛重视,越来越多的证据表明PP是心脑血管意外的独立危险因素。石湘云等^[1]对北京2462例中老年高血压患者进行调查分析,结果显示,PP每增加10 mmHg,冠心病风险分别增加1.5、4.03和7.11倍,认为脉压是冠心病独立危险因素之一。

中老年PP增大机制尚不完全清楚,王宏宇等^[2]认为,动脉僵硬度是PP的重要决定因素。中老年动脉硬化是影响SBP、PP和血液动力学的主要因素^[3]。PP增高增加了动脉的牵拉,使血管壁所受压力增大,血管壁弹性成分容易疲劳和断裂,易发展为动脉瘤并可导致破裂,使内膜损伤而导致动脉粥样硬化和血栓性事件。Chemla等^[4]探讨了PP与高血压左心室向心性肥厚的关系,表明PP与左室质量的相关性最强。2007年欧洲高血压协会和欧洲心脏病协会发布高血压治疗指南,提出PP增大是老年高血压患者心血管事件的独立危险因素^[5]。

体内外的实验均已证明,CCB、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)不仅能降低血压,更能改善内皮功能,纠正血管的结构及功能的异常;临床试验显示CCB和ACEI抗动脉硬化的作用明显优于 β -受体阻滞剂及利尿剂。ASCOT研究表明,CCB和ACEI联合长期治疗在减少心血管疾病及事件的发生方面优于 β -受体阻滞剂和利尿剂的组合。

硝苯地平缓释片为二氢吡啶类钙拮抗剂的缓释型,降压明显,除有效降低血压外,还通过抗动脉硬化,减少血管的内皮损伤,进一步减少PP,并克服了短效制剂治疗后血压波动大及反射性交感神经激活的缺点。依那普利通过抑制循环与组织中过度的肾素-血管紧张素系统,减少血管紧张素II的生成,增加缓激肽与血管前列环素生成,减少醛固酮分泌和钠潴留及神经末梢肾上腺素的释放,起到扩张血管、降低周围阻力、改善动脉顺应性、逆转左心室肥厚、改善心室舒张功能、调解内皮功能及抗动脉粥样硬化等作用。硝苯地平缓释片和依那普利联合应用,其优势效应(降压疗效、改善代谢异常及抗动脉硬化)叠加,进一步强化了患者的降压及降压以外的器官保护效益,使患者获益更多^[6]。

本组对老年高血压 PP 较高的患者采用硝苯地平缓释片与依那普利联合治疗,6 个月后显示比 β -受体阻滞剂及利尿剂的组合更能降低 PP,而且副作用少,对照组出现新发糖尿病、痛风、窦性心动过缓均高于治疗组,治疗组虽然有面红、纳差、咳嗽等不良反应,多不影响治疗,且对伴有糖尿病、冠心病、心脏扩大、颈动脉硬化、脑梗死等高血压患者无明显不良反应,充分显示出两种药物联合使用对老年高血压患者治疗的优越性,符合我国老年高血压患者的理想治疗。

[参 考 文 献]

[1] 石湘云,吴旭辉,张昭霞,等. 脉压与冠心病患病关系的探讨

[J]. 海军总医院学报,2003,16(1):14-17.

- [2] 王宏宇,胡大一. 脉压、大动脉弹性及药物干预效应[J]. 中国医刊,2003,38(5):62-63.
- [3] Blacher J, Staessen JA, Girend X, et al. Pulse pressure not mean pressure determines cardiovascular risk in older hypertensive patients [J]. Arch Intern Med, 2000, 160(8):1085-1089.
- [4] Chemla D, Antony I, Hebert J, et al. Increased aortic pulse pressure associated with concentric left ventricular hypertrophy in arterial hypertension [J]. Am J Hypertens, 2002, 15(4 Suppl):A164.
- [5] 卢新政. 2007 年欧洲高血压协会和欧洲心脏病学会高血压指南新亮点[J]. 中华高血压杂志, 2007, 15(9):709.
- [6] 孙宁玲. 优化降压治疗在高血压治疗中的意义——ASCOT-BPLAA 研究解读[J]. 中国实用内科杂志, 2007, 32(6):416-418.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0611-02

· 临床医学 ·

中耳内镜在鼓室成形术中的应用

岳修坤

[摘要] 目的:探讨中耳内镜下进行鼓室成型术的可行性。方法:在中耳内镜下对 22 耳单纯型中耳炎患者行鼓室成型术,所有患者分别作了 3-18 个月的随访。结果:患者听力明显好转者 21 耳(95.5%),术前语频气导平均听阈(500、1 000 及 2 000 Hz)值(39.0 ± 8.2)dB,术后为(23.9 ± 4.8)dB。结论:中耳内镜对咽鼓管鼓口能清楚的观察,因此对于部分术前检查或术中探查发现咽鼓管不畅的患者,术中在内镜下彻底清除病变后,可以一期行鼓室成型术,术后听力改善情况疗效可靠。

[关键词] 中耳炎,化脓性;内镜术;鼓室成型术

[中国图书资料分类号] R 764.2 [文献标识码] A

慢性化脓性中耳炎是耳科常见病之一,其发病率成人约为 2%,儿童为 0.5%~4.3%^[1],病理主要表现为中耳黏膜、骨膜或深达骨质的化脓性炎症,临床以耳内长期或间歇流脓、鼓膜穿孔及听力下降为特点。随着人们生活质量要求的提高,对旨在提高听力的鼓室成型手术治疗的研究一直是耳科学者的重要工作之一。本研究参照国外的一些研究成果,将耳内镜应用于鼓室成型手术,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005~2007 年 12 月,收住我科慢性化脓性中耳炎患者 20 例(22 耳),男 15 例,女 5 例;年龄 1~45 岁。患耳术前 2.5~6 个月无流脓,听力学检查气导平均听阈 <25 dB 1 耳, $25 \sim 45$ dB 18 耳, $>45 \sim 60$ dB 4 耳,气导语频(500、1 000 和 2 000 Hz),平均(39 ± 8.2)dB,气骨导差平均(27 ± 6.4)dB;咽鼓管功能检查通畅者 18 耳,功能不良者 4 耳;穿孔均为鼓膜紧张部中央型穿孔;中耳乳突

CT 扫描均未发现软组织影或骨质破坏。

1.2 手术方法 对 6 耳穿孔较小的患者先做外耳道皮肤-鼓膜瓣,并向前翻开,暴露鼓室,再行内镜下探查;另 16 耳由于穿孔直径 >5 mm,直接经鼓膜穿孔处行鼓室探查,其中 14 耳随后做外耳道皮肤-鼓膜瓣,另 2 耳未做切口。0°内镜探查中鼓室,观测咽鼓管鼓口、锤骨柄、鼓岬、圆窗及听骨链活动情况;30°内镜下探查上鼓室、听骨链、砧镫关节、卵圆窗和后、下鼓室内结构。

2 结果

20 例均进行随访,随访时间分别为术后 2 周、1 个月、3 个月、半年、1 年和 1.5 年。分别于 1、3、6 个月作纯音测听检查,根据国际耳聋等级标准^[2],以 500、1 000 及 2 000 Hz 三个频率的平均阈值计算。听力判定标准以语言区气导平均值计算,气导听力提高 10 dB 以上为改善;提高 15 dB 以上或语频气导平均 <30 dB,为听力明显改善。本组术后 3 个月纯音测听检查有明显改善者 19 耳,6 个月有明显改善者 21 耳,其中 1 耳伴有耳鸣,1 耳听力提高不明显,无听力下降者,整体听力提高率 95.5%。听力无变化 1 耳。语频平均气导提高(16.8 ± 9.6)

[收稿日期] 2009-05-03

[作者单位] 广东省清远市广清医院耳鼻咽喉科,511515

[作者简介] 岳修坤(1968-),男,主治医师。