

隔部位黏膜掩盖比鼻下甲、鼻道部位黏膜掩盖要薄,故鼻中隔部位出血比鼻下甲、鼻中甲等处出血机会多。本组资料中出血部位位于鼻下甲后部及鼻中隔中后偏曲部居多,这可能是由于蝶腭动脉分支,鼻后外侧动脉供血鼻下甲后部,而鼻中隔中后部也有筛前动脉或鼻后中隔动脉供血的缘故,这些血管在弯曲部呈弯曲状,承受血流冲击力大和鼻腔空气压力刺激明显,引起血管破裂。国外有人^[2]认为,鼻腔气流压力大后,气流量大,气流中有毒物及损伤因子更易损伤鼻黏膜。另外,因鼻腔本身的细、深、长的结构特点,并且有些人发生结构畸形,特别是鼻中隔有病变时,检查治疗不易全面彻底,所以也使得传统治疗方法对于一些出血点深而隐蔽或鼻中隔偏曲者治疗不彻底,盲目填塞,出血点压迫不到位,使得出血不能很好控制。鼻中隔偏曲者由于鼻道狭窄,反复进行填塞又引起黏膜损伤而反复出血,同时大量填塞使患者痛苦。鼻内窥镜下治疗具有广角、直视等特点,同时配有吸引器便于寻找出血点,并在双极电凝或微波烧灼出血点时进行精确到位的止血,能对出血部位进行针对性很强的治疗。国外学者^[3]研究认为此方法是治疗顽固性鼻出血的有效方法之一。本组在鼻内窥镜下用微波烧灼出血点者 53 例,成功 49 例(92.45%)。而鼻中隔偏曲引起的鼻出血也可以在鼻内窥镜下进行鼻中隔矫正术,该术比传统方法矫正偏曲部位彻底全面,能使鼻中隔张力减小、鼻中隔部位黏膜血管走型改变而达到止血目的。对弥漫性出血一时找不到出血点及出血不明者,可先用血管收缩剂加入止血海绵中压迫止血,也有学者^[4]报道如排除筛前动脉来源出血,可于鼻中甲尾部上方 0.5~1 cm 处,用微波直接烧灼蝶腭动脉分支,以阻止鼻腔大部分血供,可收到良好效果,我们在治疗过程中运用此法也有一定收获。当出血点小,出血范围弥散,鼻黏膜呈擦伤样

改变时,可用微波直接烧灼出血点止血;当出血点大,出血猛,同时发现出血呈搏动性或小喷泉状时,可先用肾上腺素棉片压迫出血点,而后在其周围烧灼使周围组织凝固结缔而止血。对不易烧灼的地方或鼻中隔偏曲嵴突出者,可行鼻中隔矫正术,或用少量止血海绵填压出血点,尽量不用“凡士林”纱条等,以免取出时引起复发。高血压患者由于血管壁硬化,血压控制不好使血管内血流压力大,易使血管壁破裂而引起复发,本组 9 例复发者中有 8 例有高血压病,说明血压控制的好坏对出血效果也很重要。有报道认为用鼻中隔矫正术治疗顽固性鼻出血治愈率为 87%,用微波治疗治愈率为 91%^[5]。总之,鼻内窥镜在治疗顽固性鼻出血中能起到病变部位明确、止血方法准、止血彻底的作用,鼻内窥镜结合微波及鼻中隔矫正术是治疗顽固性鼻出血不可缺少的重要手段之一。

参考文献

- 1 颜永毅. 鼻内窥镜下寻找鼻腔深部出血点的体会[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 5(35): 383.
- 2 Martonen TB, Zhang Z, Yue G, et al. 3-D Particle transport within the human upper respiratory tract[J]. J Aerosol Sci, 2002, 33(8): 1095.
- 3 Ahmed A, Woolford TJ. Endoscopic bipolar diathermy in the management of epistaxis: an effective and cost-efficient treatment[J]. Clin Otolaryngol Allied Sci, 2003, 28(3): 273-275.
- 4 杨文章. 难治性鼻出血的出血部位及治疗[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2005, 5(40): 361.
- 5 简敦炳. 顽固性鼻出血的临床治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2004, 11(18): 660.

[收稿日期 2009-08-26][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

毕Ⅱ式胃大切术后早期并发症 58 例分析

韩 佳

作者单位: 546300 宜州市, 广西河池市第一人民医院外二科

作者简介: 韩 佳(1972-), 男, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 胃肠肝胆外科相关疾病临床诊治。E-mail: hanjia_8213@tom.com; hanjia_8213@126.com

【摘要】 目的 探讨毕Ⅱ式胃大切术后早期并发症发生的原因及其防治。方法 回顾分析 58 例毕Ⅱ式胃大切术后并发症的资料。结果 58 例毕Ⅱ式胃大切术后并发症中治愈 47 例, 放弃治疗或转上级医院治疗 7 例, 死亡 4 例。结论 毕Ⅱ式胃大切术后早期并发症除了与其合并症有关外, 还与技术操作有关。明确原因, 及时、正确的处理, 可以有效地提高并发症的治疗效果。

【关键词】 毕Ⅱ式胃大切术; 并发症

【中图分类号】 R 656.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2010)02-0164-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.24

Early complication after Billroth II partial gastrectomy: analysis of 58 cases HAN Jia. Second Department of Surgery, the First People's Hospital of Hechi City, Yizhou Guangxi 546300, China

[Abstract] **Objective** To discuss the cause and its prevention and treatment of early complication after Billroth II partial gastrectomy. **Methods** A retrospective analysis of the data of 58 patients with early complication after Billroth II partial gastrectomy in our hospital were performed. **Results** In 58 patients with early complication after Billroth II partial gastrectomy 47 patients were cured; 7 patients of abandoned treatment, or were transferred to superior hospital for medical treatment. **Conclusion** The occurrence of early complication after Billroth II partial gastrectomy is related to technical operations. Analysing the causes correctly, and treating timely and correctly can effectively avoid the occurrence of complications.

[Key words] Billroth II partial gastrectomy; Early complication

胃大切术是治疗胃、十二指肠疾病常见的治疗手段,但出现术后并发症也不少,据报道发生率5%~15%^[1],特别是早期的并发症不可忽视。现将我院自2000-02~2009-02施行毕Ⅱ式胃大切术(均为毕Ⅱ式结肠前吻合)后发生并发症58例的有关情况分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组58例中,男42例,女16例,年龄22~75岁,平均42.5岁。十二指肠球部溃疡穿孔并急性腹膜炎8例(其中合并高血压病1例),十二指肠球部溃疡并幽门梗阻7例(其中合并糖尿病1例),胃溃疡13例(其中合并高血压病、糖尿病2例),复合溃疡9例(其中合并高血压病1例,糖尿病1例,心律失常1例),胃窦癌21例(其中合并高血压病2例,糖尿病3例,心律失常2例)。

1.2 方法 采用回顾性调查分析的方法,对本科2002-02~2009-02进行的所有毕Ⅱ式胃大部分切除术患者进行调查,对发生早期并发症的患者的相关情况进行统计分析。

2 结果

9年间在行毕Ⅱ式胃大切术者中,共发生早期并发症58例,其中施行胃大切(或根治性手术)+毕Ⅱ式胃空肠吻合术后胃出血14例,胃排空障碍8例,胃壁缺血坏死、吻合口破裂或瘘12例,十二指肠残端破裂11例,术后梗阻(包括输出祥梗阻、输入祥梗阻、吻合口梗阻)13例。58例经查清原因和及时、正确处理,有47例治愈,有7例放弃治疗或转上级医院治疗,有4例死亡。

3 讨论

3.1 发生早期并发症第一位的为胃出血(包括旷置的溃疡出血)。本组14例术后发生胃出血,出血多发生在术后第2~6天,有2例合并高血压病、糖尿病,分别于术后第5、6天出血,经过积极手术治疗,有1例旷置的十二指肠溃疡再出血,有1例吻合口广泛渗血,无法找到出血点,分别于再次手术后第10、14天死亡。其余12例均经非手术治疗后治愈。一般来说,胃大切术后可有少量暗红色或咖啡色胃液从胃管流出,24 h内不超过300ml^[2],以后胃液的颜色逐渐变淡变清,出血自行停止。分析其发生原因主要为:(1)病人年龄偏大并合并高血压病、糖尿病。因此,对于择期或限期手术的病人,应先经过积极治疗基础疾病,待有效地控制血压及血糖正常后,再施行手术。术后应动态监测血压、血糖,限糖限

盐的输入。(2)术后引发应激性消化道出血。对此种情况除给予保护胃黏膜、抑制胃酸分泌、监测胃管出血情况外,必要时应给予输血,病情允许可胃镜检查或选择性血管造影,进一步明确出血部位。(3)旷置的溃疡出血或吻合技术原因引起出血。此种情况,当保守治疗无效时,应立即进行手术,为防止此并发症发生,必须在第一次手术时尽可能切除溃疡部位,不能切除者应给予缝扎;吻合技术原因引起出血最好在上级医师指导或有经验的医师指导下进行,尽可能避免该并发症发生。

3.2 发生早期并发症第二位者为胃排空障碍。本组共8例出现胃排空障碍,分别于术后第4~6天肠鸣音恢复、肛门排气、拔除胃管进流质后发生腹胀和大量呕吐。钡餐检查时发现残胃扩张、微蠕动,4~6 h仅有少量钡剂进入肠道;胃镜证实吻合口通畅,排除了机械性梗阻。分析其原因多数可能与迷走神经或选择性迷走神经切除有关。因而,术中要求手术操作轻柔细致,避免过度牵拉。该8例在行胃肠造形或胃镜排除有无机械性梗阻后,给予口服“排空合剂”(50%硫酸镁50 ml+甘油35 ml+2%普鲁卡因10 ml),3~4 d后,静滴红霉素,逐步进流质后未再呕吐。Jansens报道红霉素能促进胃蠕动和排空^[3]。

3.3 第三为胃壁缺血坏死和吻合口破裂或瘘。本组出现胃壁缺血坏死和吻合口破裂或瘘12例,给予胃肠减压,保护胃黏膜等处理后有3例治愈,有9例再手术治疗才能治愈。分析其原因:一是病人年龄偏大,合并高血压病、糖尿病。因此,不管术前或术后都必需监测血压、血糖,并限糖限盐的输入,必要时再请内科医生协助会诊治疗。二是可能与手术者技术操作有关,如缝合针距过稀,线结过紧或过松等,一经发现,应严密观察病情,保守治疗无效时应立即手术,再加强抗炎、营养支持及对症等治疗。

3.4 第四为十二指肠残端破裂。十二指肠残端破裂也是毕Ⅱ式胃大切术后近期严重的并发症之一,其发生率在1%~4%之间^[4]。本组11例十二指肠残端破裂,均给予再次手术治疗,加强抗炎、营养支持等治疗,4例治疗3~6个月后病情治愈,5例放弃治疗,2例死亡。分析其原因:一是病人病情危急,年龄偏大,营养差,合并高血压病、糖尿病等。二是手术者技术操作原因引起。预防措施是缝合残端必须是血供正常的肠壁,若局部炎性水肿或疤痕过多时,宁可插管至十二指肠腔内造瘘,外覆以大网膜并在十二指肠残端附近放

置引流物。术后2周即可拔除造瘘管^[5]。

3.5 第五是术后梗阻(包括输出襻梗阻、输入襻梗阻、吻合口梗阻)。本组术后梗阻13例。输出襻梗阻4例,输入襻梗阻3例,吻合口梗阻6例,经保守治疗5例治愈,有8例再次手术治疗后治愈。分析其原因:一是输出襻梗阻。主要原因因腹腔引流管放置不恰当,如过长或扭曲而压迫输出襻所致。因此,应注意腹腔引流管的安放位置,避免压迫输出襻;胃空肠吻合口应输出襻低于输入襻,避免其成角;若大网膜肥厚引起压迫输出襻,应于吻合处切除部分大网膜。二是输入襻梗阻。为预防输入襻梗阻,输入襻的长度一般应在8~10 cm,即距 Treitz 韧带8~10 cm 的空肠与残胃吻合,吻合后再观察输入襻与吻合口是否成角,必要时松懈 Treitz 韧带延长输入襻。手术时若发现横结肠较长时,可试将横结肠作适当固定。三是吻合口梗阻。主要原因是过多黏膜组织内翻,吻合口血肿、炎症水肿或脓肿引起,一般要求吻合口的口径约3~4 cm,相当于空肠肠腔的口径为宜^[6]。经给予保守治

疗无效可考虑手术解除梗阻。

参考文献

- 1 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,1992:1073.
- 2 吴在德,吴肇汉,等. 外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2003:457.
- 3 Janssens J, Peeters TL, Vantrappen G, et al. Improvement of gastric emptying in diabetic gastroparesis by erythromycin[J]. New Eng J Med, 1990, 322(15):1028.
- 4 汪建平,詹文华. 胃肠外科手术学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2005:395.
- 5 吴咸中,黄耀权. 腹部外科实践[M]. 石家庄:中国医药科技出版社,1990:410.
- 6 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,1992:1072.

[收稿日期 2009-09-27][本文编辑 刘京虹 章柯滔]

经验交流

CT引导臭氧消融术在腰椎间盘突出症中的应用

梁世伟, 中国光, 梁天森, 曹湘南, 邓小强, 章峰, 唐国睿

作者单位: 530003 广西, 武警广西总队医院放射科

作者简介: 梁世伟(1970-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: CT诊断和外周介入治疗. E-mail: gxwjsw@163.com

[摘要] 目的 探讨CT引导下臭氧注射治疗椎间盘突出症的方法及临床应用价值。方法 对300例腰椎间盘突出症患者, 在CT引导下经皮穿刺行臭氧治疗, 采用盘内及突出物中央注射臭氧5~20 ml, 浓度为60 $\mu\text{g}/\text{ml}$, 椎间孔附近注射臭氧5 ml, 浓度为40 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 。结果 注射臭氧后即行CT扫描显示: 臭氧在盘内分布呈裂隙状、积聚状、弥散分布状及大部分溢出盘外状。治疗后随访3~12月, 依据MacNab标准, 显效174例, 占54%, 有效102例, 占32%, 无效42例, 占14%, 总有效率为86%, 术后无并发症。结论 CT定位引导穿刺操作简单, 在严格掌握适应证前提下, 经皮注射臭氧治疗腰椎间盘突出症是一种有效、安全的方法。

[关键词] 计算机断层摄影; 介入治疗; 臭氧; 腰椎间盘突出症

[中图分类号] R 681.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0166-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.25

CT guided ozone injection for the treatment of lumbar disc herniation LIANG Shi-wei, SHEN Guo-guang, LIANG Tian-sen, et al. Department of Radiology, Guangxi Provincial Corps Hospital, Chinese People's Armed Police Forces, Nanning 530003, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical value of CT guided ozone injection for the treatment of lumbar disc herniation. **Methods** Three hundred patients with lumbar disc herniation were treated with ozone injection. At first, 5~20 ml ozone (60 $\mu\text{g}/\text{ml}$) were injected into the disc center and the disc herniation, and then 5 ml ozone (40 $\mu\text{g}/\text{ml}$) into the vicinity of intervertebral foramina. **Results** CT scan right after the ozone injection showed that the distribution of ozone in lumbar discs showed localized shape, cranny shape or dispersion shape. Results were evaluated with the modified MacNab classification after 3~12 months of follow-up. Excellent therapeutic response, partial response and none response was found in 174 patients (54%), 102 patients (32%) and 42 patients (14%),