

者患肢大小鱼际,双拇指并拢置于骨折远端,助手立于患肢近端,双手环抱前臂,开始进行拔伸牵引,牵引时间要足够,争取牵开。骨折牵开后,术者及助手根据骨折类型向上或向下成角折顶,根据骨折侧移方向,术者在牵引下持远端向尺侧挤压,以石膏托或掌背侧石膏托外固定。手法复位石膏外固定大部分能达到复位要求,但不要为了达到满意复位而反复手法复位,这样容易外固定后再移位。但由于未破坏关节周围韧带、无手术痛苦,患者更愿意积极主动进行手指的功能锻炼,固定后患者即可做手指的伸屈锻炼,由于未进一步破坏断端血运,骨折愈合时间短,一般要比手术缩短 4~6 周。三角纤维软骨及附属韧带维持 20% 的下尺桡关节稳定和 20% 的轴向负荷,完整的关节周围韧带能增强关节的稳定性和负荷。腕关节非负重关节,手指和腕部的灵活性对患者更重要。

从本组分析来看,无论采取何种治疗方案,桡骨远端 B 型骨折均能得到较好的功能恢复,患者自我感觉均良好。谭平先等认为桡骨远端骨折因骨折涉及尺骨、三角软骨等情况,骨折本身的复杂性和治疗的多样性导致该病不可能应用统一的分类标准和临床疗效评定标准^[3]。笔者认为患者由于没有手术的紧张感及术后的疼痛感,从而对主动功能锻炼有良好的配合及积极主动性,且闭合复位一般 4~6 周即可拆除石膏进行腕关节功能锻炼,所以闭合复位患者手部功能恢复良好。后期虽然可能出现影像学上的关节炎,但由于腕部不是负重关节,患者腕部关节活动疼痛不明显。手术切开复位治疗能做到接近解

剖复位,但患者术后疼痛及术后紧张感明显,对功能锻炼的配合有疑虑,或是手术损伤腕周围韧带,对恢复有一定影响,最终导致两种治疗方法无明显差别。

影响桡骨远端骨折预后因素很多,一般认为骨折良好的复位是功能恢复的主要因素,良好的复位可避免或减轻关节炎的发生。但 Batra 等认为影像学上的关节炎表现与患者自我功能间不存在明显关联^[4]。颜勇卿等通过临床研究认为,桡骨远端骨折影像学和功能存在一定相关性,但相关性不高^[5]。通过对比发现同一指标对于不同患者可能造成不同甚至相反的影响。影像学上不理想的,有些患者自我感觉满意,功能无影响或影响很小。

本组分析表明,B 型桡骨远端骨折闭合复位与切开复位比较,虽然影像学上切开复位能达到较满意的复位,从本研究结果来看明显优于闭合复位,但患者自我感觉无明显差别;而闭合复位有减少治疗费用且无手术痛苦的优点。两种治疗方法,患者对功能满意度均良好,中远期疗效无明显差别。

参考文献

- [1]姜保国,张殿英,傅中国,等.桡骨远端粉碎性骨折及关节内骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2002,22(2):80-83
- [2]倪明,丁菊红,尹伟忠,等.掌侧入路掌桡侧双钢板内固定治疗桡骨远端不稳定骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(3):253-254
- [3]谭平先,叶淦湖,侯之启,等.钢板与外固定架治疗桡骨远端不稳定骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(1):35-37
- [4]Batra S,Gupta A.The effect of fracture-related factors on the functional outcome at 1 year in distal radius fractures [J].Injury, 2002,33(6):499-502
- [5]颜勇卿,张培训,王天兵,等.手术治疗桡骨远端骨折预后指标间相关性分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(3):251-252

(收稿日期:2015-08-29)

腹腔镜经后腹膜途径治疗感染期急性重症胰腺炎

盛志勇 殷香保 陆鹏

(南昌大学第二附属医院 江西南昌 330006)

摘要:目的:研究腹腔镜经后腹膜途径治疗感染期急性重症胰腺炎的效果。方法:选取 4 例感染期急性重症胰腺炎患者,采用腹腔镜经后腹膜途径对胰腺坏死及脓肿进行清创并引流,比较术前 1 d 及术后 1、3、7 d 血常规、C-反应蛋白、降钙素原、体温及膀胱压的变化。结果:患者术后体温有明显下降,白细胞、CRP、PCT 水平术后指标较术前均有明显下降($P<0.05$)。术后腹胀明显减轻,膀胱压测定较术前明显下降($P<0.05$)。结论:腹腔镜经后腹膜途径对感染期急性重症胰腺炎进行清创引流可取得满意效果。

关键词:急性重症胰腺炎;腹腔镜;后腹膜途径

中图分类号:R657.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.012

急性重症胰腺炎(SAP)是临床常见的急危重症,随着重症医学的发展,早期多进行呼吸支持及床旁血液净化等综合治疗,全身炎症反应期患者死亡率明显下降。感染期胰腺周围渗出、坏死感染,局部

抗菌药物浓度低,使感染不易控制,相当部分患者需手术治疗。传统的开腹手术具有创伤大、恢复慢、易形成二重打击等缺点,使手术后效果不佳。最近我院开展腹腔镜经后腹膜途径治疗感染期急性重症胰腺

炎,取得良好预后。现报道如下:

1 病例资料

本组病例均符合中华外科学会胰腺外科学组《急性胰腺炎诊治指南(2014)》^[1]诊断标准:所选 4 例患者均为急性重症胰腺炎患者,男 3 例,女 1 例,年龄(34.5±12.4)岁,2 例为高脂血症型,1 例为胆源性胰腺炎,1 例为暴饮暴食型。4 例患者入院时均有腹痛腹胀,并合并有急性呼吸窘迫综合征,其中 1 例合并急性肾功能损伤。Balthazar CT 分级均为 D~E 级,APACHE II>12 分。上述患者均给予液体复苏、抑酸、抑酶、胃肠减压、肠内肠外营养支持、机械通气以及早期的高通量床旁血液滤过治疗。4 例患者病程 10~30 d,中位数为 18 d 时出现高热,体温>38.5℃,白细胞及降钙素原明显升高,根据经验选用碳氢霉烯联合万古霉素等抗感染治疗效果不佳,增强 CT 提示胰腺实质密度不均匀,周围渗出明显,并包裹性积液。综合分析考虑为胰腺坏死并脓肿形成可能,其中 1 例血培养多次为大肠埃希氏菌。与患者家属交待手术的必要性及风险性,实施手术治疗。

2 手术方式

全麻下患者取右侧卧位,于左侧髂后上棘前 2 cm 处穿刺 10 mm Trocar,置入腹腔镜,钝性分离至肾旁前间隙,CO₂气腹压力维持 8 mm Hg,直视下分别于第 11、12 肋尖前穿刺 10 mm、5 mm Trocar,用超声刀分离腹膜后间隙,充分扩大并向上、后部探查,用无损伤抓钳及吸引器分开脓腔间隔并充分引流,清除坏死组织,用温盐水冲洗脓腔。脓腔留置两枚双套管引流管,分别自第 11、12 肋尖前切口引出。术后返回重症病房给予间断冲洗等综合后续治疗。

3 治疗结果

4 例患者术中均证实为腹腔感染,且胰腺呈坏死改变,引流液培养结果 3 例为大肠埃希菌,1 例为尿肠球菌。术后第 3 天,患者体温均呈下降趋势,下降幅度达 1.5℃,术后 3 d 及 7 d 体温均在 37.5℃左右波动。白细胞及降钙素原在术后 1、3、7 d 均有明显下降,与术前相比,有显著差异。手术后腹胀、腹腔内高压症状明显缓解,膀胱压测定与术前相比,膀胱压下降 10~15 cm H₂O。见表 1。

表 1 4 例患者手术前后各指标变化($\bar{x} \pm s$)

时间	白细胞 ($\times 10^9/L$)	降钙素原 (ng/L)	C-反应蛋白 (mg/L)	体温 (℃)	膀胱压 (cm H ₂ O)
术前 1d	22.6±0.7	36.8±11.2	230.5±22.8	38.9±0.9	26.3±5.6
术后第 1 天	16.3±0.8 [△]	20.1±9.8 [△]	98.7±8.9 [△]	37.7±0.6 [△]	16.7±1.5 [△]
术后第 3 天	13.3±0.4	7.8±3.5*	67.5±1.6*	37.3±0.5	16.5±1.6
术后第 7 天	12.3±0.5	4.8±1.4*	60.8±9.8*	37.4±0.4	15.7±0.9

注:与术前 1 d 相比,[△]P<0.05;与术后第 1 天相比,*P<0.05。

4 讨论

急性重症胰腺炎一般分为三个时期,即急性期、演进期、感染期。有两个死亡高峰^[2],第一个死亡高峰位于急性期,即全身炎症反应期,由于不可控制的炎症反应导致全身多器功能衰竭而死亡,但是随着重症医学的发展,早期采用集束化治疗方案使得 SAP 患者死亡率显著下降;在安全度过全身炎症反应期后,患者胰腺坏死加剧、在坏死的基础上合并胰周感染甚至胰腺脓肿形成,虽然采用广谱强效抗菌药物,但患者局部及全身感染症状往往控制不佳,最终导致脓毒血症、感染性休克及 DIC 而救治失败。清除胰腺坏死组织、进行脓液引流是治疗关键,但是选择何种方式进行有待于深入研究。

传统的 SAP 引流手术,多是采用前腹壁切口,进腹后打开小网膜囊,暴露和松解胰腺,有时因腹膜后坏死组织广泛,还需要打开左右结肠韧带,方能达到充分引流目的。传统手术方法存在以下几点不足之处:(1)创伤大,腹壁切口大,有时需要从右至左切开整个上腹壁,入腹后要打开网膜囊及左右结肠韧带,给患者带来巨大创伤。(2)对腹腔内脏器造成影响。手术打开了前后腹膜,胰腺坏死组织及炎性分泌物不可避免的会渗入至腹腔,加剧麻痹性肠梗阻、腹腔内高压及肾功能不全等器官及组织功能不全。(3)引流效果差。经前腹壁入腹,引流管一般也多经前腹壁引出,由于虹吸、负压作用,可引流出较多渗液,但是因重力作用的影响,低位的渗液常常较难引出,导致残余感染。

胰腺按解剖学上分类属于腹膜后器官,腹膜后间隙被明确的筋膜分为多个间隙,即以肾筋膜为中心,分为肾旁前、肾周和肾旁后 3 个间隙,这三个间隙互为相通,胰腺位于肾旁前间隙内^[2]。SAP 的渗出首先影响肾旁前间隙,然后沿交通间隙影响到肾周及肾旁后间隙,形成腹膜后巨大脓肿。根据这些解剖学结构及发病机制,通过腹腔镜腹膜后入路进行手术完全可行。国内刘荣等报道后腹腔镜技术在一例重症急性胰腺炎外科治疗中的应用,认为对于 SAP 患者来说,后腹腔镜下坏死组织清除、置管引流术是安全的^[3]。康俊升等报道了腹腔镜经腹膜后入路引流治疗重症急性胰腺炎一例,提出后腹腔镜下坏死组织清除、置管引流术对 SAP 患者来说是安全、可行的。该术式具有入路直接、操作简便、坏死组织清除彻底、不干扰腹腔、手术创伤小等优点^[4]。

我院对 4 例感染期急性重症胰腺炎患者,采用腹腔镜经后腹膜途径对胰腺脓肿及(下转第 35 页)

CT、肝肾功能、心电图、血常规、体重等进行检查并记录,对比两种治疗方法的治疗效果。

1.3 评定指标 (1)疗效指标:观察两组近期临床效果,参照《抗肿瘤对实体肿块客观疗效评定标准》中的相应标准,对患者完全缓解、部分缓解、无效情况进行评定,并且对患者疾病稳定性和进展情况进行记录和分析;(2)不良反应:针对两组患者进行不良反应观察,主要对患者的感觉神经异常、恶心呕吐、血液毒性、腹泻、肝肾功能以及肌肉疼痛等指标进行观察^[3]。

1.4 统计学方法 本次所有数据采用 SPSS18.0 软件进行数据统计分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以(例)或者[例(%)]表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率 94.29%,对照组总有效率 80.00%,两组比较差异显著($P < 0.05$),具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	完全缓解	部分缓解	无效	总有效
对照组	35	12(34.29)	16(45.71)	7(20.00)	28(80.00)
观察组	35	18(51.43)	15(42.86)	2(5.71)	33(94.29)

2.2 不良反应 观察组出现感觉神经异常 2 例、恶心呕吐 6 例、血液毒性 8 例、腹泻 7 例、肝肾功能异常 7 例、肌肉疼痛 5 例;对照组出现感觉神经异常 8 例、恶心呕吐 5 例、血液毒性 7 例、腹泻 5 例、肝肾功能异常 5 例、肌肉疼痛 5 例;两组比较,观察组仅感觉神经异常发生率明显低于对照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组不良反应比较[例(%)]

不良反应类型	对照组	观察组
感觉神经异常	8(22.86)	2(5.71)*
恶心呕吐	5(14.29)	6(17.14)
血液毒性	7(20.00)	8(22.86)
腹泻	5(14.29)	7(20.00)
肝肾功能异常	5(14.29)	7(20.00)
肌肉疼痛	5(14.29)	5(14.29)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

(上接第 23 页)胰腺坏死进行清除并引流术,术后患者感染症状得到有效控制。由于对患者腹腔干扰,可减轻手术加剧肠麻痹等副作用,有效减轻腹腔压力,取得满意治疗效果。但我们也认识到,经后腹膜途径存在空间小、大血管多、易造成大出血等特点,在实施手术时应对解剖有清晰的认识,避免副损伤发生。

3 讨论

胃癌起源于胃壁标出黏膜上皮细胞,胃癌可出现在胃的各个区域。胃癌在早期临床症状并不明显,诊断率并不高^[4]。当患者出现症状并进行就医时,大多数已属于胃癌中晚期,该阶段不宜进行手术,而采用辅助化疗的办法能够提高治疗的效果,提高患者的生存质量。但是目前对胃癌中晚期的化疗方案并没有一个完善的标准,加上胃癌对药物容易产生耐药性,所以在胃癌的治疗上较多采用多药联合的方式进行治疗,有的医院采用的是顺铂、奥沙利铂和 5-FU/LV 联合的方式,取得了较好的治疗效果,联合治疗的方式对胃癌的化疗方案研究具有极其重要的意义^[5]。

联合用药的方式治疗胃癌患者,常用的方案有 PF 和 OLF 方案。本研究分为两个组进行分析,研究表明,治疗前后两组患者病情都有所好转,通过临床疗效的对比分析,观察组总有效率为 94.29%,对照组总有效率为 80.00%,观察组的总有效率明显高于对照组,差异显著,具有统计学意义。从不良反应来看,仅感觉神经异常发生率上存在着显著性差异,其余的不良反应如腹泻、恶心呕吐、血液毒性、肝肾功能、肌肉疼痛等差异性并不明显。可见采用 PF 方案治疗晚期胃癌较之 OLF 方案治疗总有效率明显更高,两种方案治疗均出现不良反应,但是 PF 方案可显著改善患者的感觉神经异常情况,值得临床应用和推广。

参考文献

- [1]陈赞青.PF 方案与 OLF 方案用于晚期胃癌治疗的疗效比较[J].中国医药指南,2013,11(3):611-612
- [2]康用堂.PF 方案与 OLF 方案用于治疗晚期胃癌的疗效比较[J].白求恩医学院学报,2012,10(5):394-395
- [3]吴宇翔.PCF 方案与 OLF 方案治疗晚期胃癌的疗效比较[J].中国实用医药,2012,7(34):150-151
- [4]吴方红,周学军,文静,等.OLF 与 ELF 方案治疗老年人晚期胃癌的疗效比较[J].医药导报,2010,29(8):1024-1026
- [5]蒋劲松,曹卫国,马韬,等.不同化疗方案(PCF vs OLF)治疗晚期胃癌的疗效及安全性评价[J].中国癌症杂志,2009,16(12):1023-1027

(收稿日期:2015-05-21)

参考文献

- [1]王春友,李非,赵玉沛,等.急性胰腺炎诊治指南(2014)[J].中国实用外科杂志,2015,35(1):4-7
- [2]Meyers MA,Whalen JP,Peellel K,et al.Radiologic features of extraperitoneal effusions. An anatomic approach [J].Radiology, 1972,104(2):249-257
- [3]刘荣,赵国栋,马鑫,等.后腹腔镜技术在一例重症急性胰腺炎外科治疗中的应用[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2010,3(4):10-12
- [4]康俊升,何少武,吴波.腹腔镜经腹膜后入路引流治疗重症急性胰腺炎一例[J].中华腔镜外科杂志(电子版),2013,6(1):53-54

(收稿日期:2015-05-18)