

疗增益比。本组研究局部控制率 89.1%，中位生存期 15.2 个月，1 年生存率为 56.5%，较文献报道单纯胆汁引流者中位生存期 4~6 个月有较大提高。尽管 3DCRT 与 3DCRT+引流的近期疗效无显著差异，但我们以为对于梗阻性黄疸严重的患者最好先行内或外引流术，再行 3DCRT，这样既可以快速解除梗阻消退黄疸，同时也能改善由其引起的一些临床症状。Michigan 大学的经验表明，3DCRT 靶区剂量 48~72.6 Gy 是安全的^[10]，同时指出小范围的胃、十二指肠剂量限制毒性是 68 Gy^[11]。本组照射剂量 40~55 Gy 是安全的，是否有提升的余地有待进一步研究。

参考文献

- [1] 黄洁夫,李升平,黄绣虎.肝内胆管空肠吻合治疗肝门区高位胆管癌[J].中华外科杂志,1999,28(9):527-529.
- [2] 胡冰,周岱云,钱光相,等.内镜胆管引流术治疗 30 例肝门部恶性胆管梗阻的体会[C]//中华医学会外科分会.第七届全国胆道外科学术会议论文摘要汇编,1997:48-48.
- [3] 聂晨阳,陈龙华.立体定向适形放疗治疗晚期胆管癌的疗效评价[J].实用癌症杂志,2003,18(3):285-287.
- [4] 喻纯祥,石景森.145 例肝外胆管治疗[J].临床外科学杂志,1994,2(1):31-32.
- [5] 闫英,李玉.胆道癌[M]//徐燮渊,俞受程,曾狄闻,等.现代肿瘤放射治疗学.北京:人民军医出版社,2000:512-513.
- [6] 孟炎,张柏如,肛门部胆管癌围手术期辅助性放疗[J].中华肝胆外科杂志,2004,10(7):500-501.
- [7] 胡逸民.肿瘤放射物理学[M].北京:原子能出版社,1999:391-407.
- [8] 吴开良,蒋国良.适形放疗的研究现状[J].中华放射肿瘤学杂志,2001,3(1):65-66.
- [9] TSUJINO K, LANDRY J C, SMITH R G, et al. Definitive radiation therapy for extrahepatic. Bileduct carcinoma[J]. Radiology, 1995, 196: 275-277.
- [10] GUNDERSON L, HADDOCK M, FOO M. Conformal irradiation for hepatobiliary malignancies[J]. Ann Oncol, 1999, 10: 221-225.
- [11] DAWSON L A, MCGINNN C L, NORMOLLE D, et al. Escalated focal Liver radiation and concurrent hepatic artery fluorodeoxyuridine for unresectable intrahepatic malignancies[J]. J Clin Oncol, 2000, 18: 2210-2218.

(收稿日期:2011-08-09)

近距离铁砂枪伤 7 例分析

李廷光¹ 蒋辉¹ 巩博¹ 黄鹤¹ 马燕妮¹

[关键词] 铁砂枪伤;近距离

[中图分类号] R64 [文献标志码] B [文章编号] 1009-5918(2012)02-0137-03

我院自 1995-06-2004-12 共收治铁砂枪伤 46 例,其中近距离枪击(3 米内)造成严重多发伤的 7 例,约占 15%。现报告如下。

1 临床资料

本组 7 例均为男性,年龄 18~52 岁,枪击距离 2 cm~3 m,受伤到入院时间 40 min~2 h。入院时全部并发创伤失血性休克。皆为多发伤,其中胸腹联合伤 3 例,均伤及肺及膈肌致血气胸,1 例并发膈疝;腹腔多脏器伤 6 例,其中多处空腔脏器穿孔 5 例,肝破裂 3 例,脾破裂 2 例,胰腺、十二指肠、肾脏及输尿管损伤各 1 例。

典型病例:例 1,男,27 岁。因铁砂枪枪击(2 m)右胸部 1 h 入院。体检:血压 90/70 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),脉搏 120 次/min,呼吸 32

次/min,面苍,气管左偏,右锁骨中线上 4、5 肋间偏右处见 2.5 cm×2 cm 伤口,右胸部饱满,中、下部扣诊浊音,呼吸音未闻及。腹平软,右上腹轻压痛,无肌紧。肝区扣痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。腹部穿刺抽出少量不凝血。X 线检查:右第 5 前肋、第 7 后肋骨折,右侧血气胸,右下肺部可见成团铁砂影,周围散在少量绿豆大小金属影,膈下见游离气体。入院后在快速有效的抗休克等生命支持下右第 4 肋间开胸探查:见右下肺、膈肌、右肝破裂(肝顶切线伤长 5 cm,深约 1.5 cm),破裂处及肋间血管有活动出血,胸腹腔积血约 1 200 ml。迅速止血后行右下肺叶切除,肝清创缝合止血,清创并扩大膈肌裂口,探查并冲洗胸腹腔,置胸腔闭式引流,及右肝肾隐窝双腔负压引流。术后给予抗感染、止血、营养支持等综合治疗,患者恢复顺利,痊愈出院。

¹武汉市解放军 161 中心医院急诊科(武汉,430010)

通信作者:李廷光,E-mail:WWLL63@163.com

例 2,男,22 岁。因铁砂枪枪击(3 m)左上腹 50 min 入院。入院时,患者神志不清,面色苍白,呼吸心跳微弱,血压未测及,双侧瞳孔等大,光反应迟钝,气管居中,腹膨隆,枪伤入口位于左腹直肌外缘与肋弓交界处,大小约 2.5 cm×2.5 cm,堵塞伤口的大团棉垫已被血浸透。迅速行气管插管、吸氧、多液路快速补液、多巴胺静滴等生命支持。送入手术室,在积极术前准备的同时再次体检:血压 65/45 mmHg,脉搏 160 次/min,呼吸 30 次/min,双侧瞳孔等大,光反应灵敏,双肺呼吸音清晰,未闻及水泡音。即行左经腹直肌切口探查:见腹腔大量积血混有胃肠内容物(约 3000 ml),胃体大弯侧前后壁,近脾曲横结肠,多段空肠穿孔,大小从 0.2~2.5 cm 不等,穿孔胃肠壁及多处网膜、小肠系膜血管活动出血。沿伤道探及脾门处有成团铁砂,出血量大。迅速分离后钳夹脾蒂,快速钳夹、缝扎或压迫每一处活动出血,用钳夹或单层连续锁边缝合尽快关闭穿孔。快速输入大量血、新鲜血浆,同时给予纠酸、止血、补钙等。待生命体征进一步平稳后仔细探查:见左八、九肋软骨间肋弓骨折,膈肌裂伤约 1.5 cm,从膈肌裂口吸引左肋膈角未见明显积血,腹腔冲洗时鼓肺未见气泡持续溢出;胰尾处见 2 cm×1.5 cm 破裂,活动渗血;十二指肠空肠曲及十二指肠水平段见两处 3 mm 小穿孔;左肾上极处后腹膜及脂肪囊破裂,但未见明显血肿,无肉眼血尿。切除毁损及血循不良的空肠约 60 cm,横结肠 20 cm。修补胃穿孔及空肠小穿孔各 4 处,十二指肠水平段小穿孔 1 处。行胃、十二指肠罩状管造瘘,横结肠近端腹壁造瘘,空肠及横结肠远端封闭。修整后粗丝线缝合肋弓,关闭膈肌裂口,置左胸腔闭式引流。彻底冲洗、止血后,胰尾处置烟卷引流,脾窝、左髂窝、陶氏腔置胶管引流。手术用时 90 min。术后告病危,继续输血、止血(凝血物质,止血药,钙)、抗感染、呼吸机辅助呼吸等 ICU 综合治疗。患者术后不平稳,凝血功能差,术后 12 h 各引流管共引出血性液体 800 ml。在患者家属坚决要求下,转院治疗(未及行 X 线检查)。

例 3,男,42 岁。因铁砂枪近距离枪击(2 cm,带枪上车时自伤)左下腹 40 min 入院。体检:血压 85/65 mmHg,脉搏 130 次/min,呼吸 26 次/min,面色苍白,表情痛苦,气管居中,双肺呼吸音清晰,左下腹近腹股沟处见 2 cm×2 cm 乌黑伤口,腹部膨隆,全腹压痛伴肌紧张,移动性浊音阳性。腹平片见盆腔左骶髂关节处碎裂,中间有成团铁砂影及周边散在绿豆大小金属影。在快速抗休克、镇痛等创伤生命支持的同时行左中下腹直肌切口进腹探查:见腹盆腔大量积血(约 1500 ml),混有肠内容物,乙状结肠末端破裂、多处小肠穿孔伴活动出血,左骶髂关节处碎裂形成 3 cm×4 cm 洞形缺损,内

有大量铁砂,出血量大。先行压迫止血,切除部分小肠及乙状结肠,乙状结肠近端造瘘。结扎左髂内动脉,取净缺损处异物及小碎骨片(不追求取净周边散弹而扩大损伤),充分止血后,对创面渗血填入凝血海绵,绷带卷压迫止血,尾端引出体外。仔细检查未发现输尿管损伤,彻底冲洗腹、盆腔,置负压双腔引流。24 h 后逐步拔除绷带卷,未见活动出血。术后 ICU 综合治疗,恢复顺利痊愈出院,3 个月后行结肠还纳。

2 讨论

铁砂枪系民间用于狩猎的武器,破坏性及杀伤力较其他火器伤小。但近距离枪击(3 米内)弹速快、威力大,既有铁砂枪放射状射出杀伤面广的特点,又有高速投射物伤毁损重的特点多造成严重多发伤。本组 7 例都有如下特点:①入口大,弹丸集中,局部毁损重,体内异物存留多;②大量出血及创伤多致患者呈重度休克;③伤情复杂严重,多脏器多系统损伤,生理功能紊乱,并发症多,死亡率高。因此近距离严重铁砂枪伤与一般铁砂枪伤处理不同,要求技术熟练全面,处理要果断迅速,才能提高救治成功率。

快速有效的生命支持,全面迅速的检查诊断:①根据受伤时间长短及重要生命体征迅速判断患者伤情的紧急程度,按创伤救治紧急生命评估的顺序(ABCDE)迅速判断,争取在最短的时间内给与有效的生命支持(VCIP)^[1];②了解枪械类型、枪击距离、患者姿势、入口、枪弹的主要方向、异物存留的位置,判断伤道情况及波及到的主要部位和脏器;③体检要认真细致。由于伤情重、复杂,有时体征不像单脏器伤明显。本组中 2 例腹部多脏器伤,包括实质性脏器和空腔脏器伤,腹部只有轻度压痛。这可能与患者严重休克或空腔脏器流出液被血液稀释,腹膜刺激征相对不明显有关;④选择恰当的辅助检查手段。胸腔、腹腔穿刺快速有效,阳性有诊断价值,但阴性不能排除诊断。平片、CT、B 超是常见快速有效的辅助手段。

积极手术处理:近距离铁砂枪伤局部毁损重,出血量大,组织器官功能损伤严重,可在极短时间内危及生命。接诊后应在快速有效的生命支持的同时,积极手术。因为,此类严重伤员不进行决定性手术,控制危及生命的伤情发展(如出血、严重污染),就不能达到彻底纠正休克,稳定病情的目的^[2]。本组 7 例休克通过手术均获较好纠正。术中注意:①分清轻重缓急,以迅速止血、控制污染为主要目的。对出血量大、休克严重(收缩压<70 mmHg)、污染严重的患者,应采取快速有效的措施,不追求切除、重建等彻底性手术,尽量缩短手术时间,避免进一步的损伤和输入过多的液体,待全身情况好转后再行二次确定性手术修复^[3];②探查

细致,充分引流。仔细探查,避免腹膜后结肠、胰十二指肠、输尿管等隐蔽部位的损伤。术后放置胸腔闭式引流、腹腔上下低位双腔引流,胸腹腔重要位置的畅通引流是避免术后并发症,患者顺利痊愈的关键之一;③盲管伤的处理:铁砂枪伤的弹丸相对分散,致盲管伤多,穿透伤少见,本组7例未见出口。对于铁砂残留少,无活动出血,无空腔脏器、胆管、输尿管损伤的盲管伤,经充分双氧水、生理盐水冲洗,放置合适引流,大多顺利痊愈^[4]。本组2例肝盲管伤未发生感染。对于位置深,已穿透至胸腹背部接近皮下的盲管伤,即便残留物较多,也可经充分冲洗,放置合适引流后结束手术,减少创伤,缩短手术时间。待全身情况平稳后(2~3 d),经准确定位,大多可在局麻下从容处理。本组2例术后第3天在局麻下从背部取出成团铁砂及软木塞等,经引流顺利痊愈;④四肢及胸腹壁伤的处理:早期仅

行消毒包扎,待病情平稳后再相应处置。除有活动出血者需要及时处置外,不急于行子弹取出术,防止人为地扩大污染。一般待伤口愈合后,先定好位再行子弹取出术,取弹容易创伤小,减少感染。

参考文献

- [1] 程晓斌,赵先柱,张连阳.多发伤院内紧急救治规范探讨[J].创伤外科杂志,2010,12(1):47-49.
- [2] 崔鸿斌,张小培,王秉钧.120例腹部火器伤的诊疗体会[J].甘肃医药,2010,29(3):285-289.
- [3] 陈宁波,陈仿,曾杰.损伤控制外科技术在严重多发伤急救中的应用价值[J].实用心脑血管病杂志,2011,19(4):640-642.
- [4] 刁树信,柳燕飞.铁砂枪伤115例救治体会[J].人民军医,1996,4:11-12.

(收稿日期:2011-07-02)

幽门螺杆菌在胃幽门不全梗阻发生中的作用

张小英¹ 杨生茂¹ 王洁¹

[关键词] 胃幽门良性不全梗阻;幽门螺杆菌;消化性溃疡;活动性胃炎

[中图分类号] R573 [文献标志码] B [文章编号] 1009-5918(2012)02-0139-02

胃幽门良性梗阻是溃疡病的常见并发症之一。当幽门附近及十二指肠球部有溃疡或炎性病变时,刺激幽门括约肌,引起其痉挛或幽门区水肿,由此发生的梗阻,称为幽门不完全性梗阻。它是暂时的,但也可有反复发作。溃疡周围水肿引起的幽门梗阻,非手术治疗往往有效。然而即使好转,长期后果是不良好的,大多数患者其后1~2年内发生完全梗阻仍需手术治疗。通过临床及内镜观察,发现幽门不全梗阻一部分是由活动性胃炎幽门脐样水肿引起,并且幽门螺杆菌(Hp)在致病过程中起到至关重要作用。未及时根治,会使幽门梗阻加重,手术率增高。

1 对象与方法

病例筛选 2004-02-2010-10符合幽门不全梗阻诊断标准^[1]。排除十二指肠肿瘤及十二指肠淤滞,胃镜检查诊断胃幽门良性不全梗阻149例患者,男91例,女58例,同时进行快速尿素酶试验及¹⁴C尿素呼气试验,两种方法均为阳性,诊断Hp感染阳性。常规治疗原发疾病的基础上,给以禁食水、胃肠减压、补充水电解质等综合治疗。

Hp阳性均给以奥美拉唑+丽珠维三联(枸橼酸铋,克拉霉素,替硝唑)抗幽门螺杆菌治疗,疗程2周。并对其城区73例治愈或好转的患者进行跟踪观察3年。

2 结果

内镜发现引起幽门良性不全梗阻的十二指肠球部溃疡67例其中瘢痕挛缩9例,Hp感染阳性65例;幽门管溃疡及幽门附近溃疡28例,Hp感染阳性28例;活动性胃炎伴幽门水肿53例,Hp感染阳性49例;幽门管憩室并憩室炎1例。Hp感染阳性率高。并对其中73例进行跟踪观察。45例Hp根除的患者3年内复发7例,其中活动性胃炎3例、十二指肠球部溃疡4例,Hp均为阳性。未根除及根除失败28例复发21例,其中活动性胃炎10例、十二指肠球部溃疡16例、胃溃疡2例,并且3例未根除慢性活动胃炎并发消化性溃疡。

3 讨论

通过临床治疗及观察,胃幽门良性不全梗阻,多由慢性活动性胃炎伴幽门脐样水肿、幽门管及幽门附近溃疡、十二指肠球部溃疡水肿引起。活动期溃疡,由于溃疡周围炎性水肿引起暂时性梗阻,经药物治疗,梗阻随溃疡好转而缓解,则不需要手术

¹甘肃省张掖市甘州区医院内一科(甘肃张掖,734000)
通信作者:杨生茂,E-mail:yshml604@163.com