

位以及伤员的疼痛部位,以便综合分析,对病情重而诊断不清者,可进行胸、腹腔穿刺等简单的床边检查,避免过多的搬动和刺激,待生命体征稳定后再作进一步检查。

2.3 外伤性血气胸病人在做胸腔闭式引流术的同时,如有以下情况应果断开胸探查: 闭式引流过程中,短时间内出现休克或 1 次胸腔闭式引流易超过 1 000 mL 或每小时引流量超过 300 mL 者; 胸内脏器损伤严重者; 凝固性血胸; 横膈破裂; 大范围胸壁软化; 胸腹联合伤。手术时要重点突出,全面治疗,1 次完成,尽量避免 2 次开胸。对较重胸外伤,应严密观察 2~3 周,定期做胸透或拍片,警惕延迟性血胸的发生。

(编辑:谢忠艳)

(收稿日期:2004-12-01)

带蒂网膜包盖的食管胃端侧吻合术 治疗食管癌 19 例分析

王月成¹,彭伟²,王宇²

(1. 七煤集团公司总医院,黑龙江七台河 154600;

2. 哈尔滨市第五医院,黑龙江哈尔滨 150040)

食管癌是一种临床常见的恶性肿瘤,占恶性肿瘤死亡总数的 22.3%。2000~2004 年间,我院共施行带蒂网膜包盖的食管胃端侧吻合术治疗食管癌 19 例,现报告如下。

1 临床资料

本组男 18 例,女 1 例。年龄 46~69 岁。食管中段癌 3 例,下段癌 16 例。病变长度 3~9 cm,病理诊断鳞癌 17 例,腺鳞癌 2 例。无手术死亡及术后吻合口狭窄发生。术后随访 2~16 个月,除 2 例有轻度吻合口狭窄外,余无异常。

本组均行根治性食管癌切除主动脉弓上或弓下胃食管端侧吻合带蒂网膜包盖吻合口,其操作步骤如下:左后外侧剖胸切口,经第 6 肋间或第 7 肋间进胸,游离中下段食管,在游离胃、脾、结肠三者交界区时,紧靠脾门分离结肠,并把胃大小网膜分开结扎,即尽可能多保留网膜,修整出长 7~10 cm 带蒂网膜条,避免损伤血管环。将胃游离后提取至胸腔内主动脉弓下或将胃经食管床主动脉弓后牵引至弓上。切除食管中下段,切缘距肿瘤 5.0 cm,将胃食管全层缝合后,用此网膜条包盖吻合口 1 周,距吻合口上下各 2.0 cm 处,将食管与胃缝合 5~6 针,不穿过网膜条,将网膜条嵌在吻合口及邻近胃、食管中间。这样既可轻度套入吻合口又固定了网膜条。将胃壁悬吊于纵膈胸膜及膈肌上减少吻合口张力。关腹、关胸术毕。

2 结果

本组 19 例患者术后均无吻合口瘘及中重度狭

窄发生,术后进行 1~3 个疗程的化疗及放疗,其中 1 例患者现已生存 4 年,至今无转移及吻合口狭窄。

3 讨论

食管胃吻合口瘘和狭窄是食管胃吻合的主要并发症,前者更为严重,发生率平均约 5%,死亡率约 50%。吻合部位在颈部者,瘘的发生率比胸内更高。本法采用胃大弯侧带蒂网膜条包盖吻合口 1 周,再把食管套入胃壁 2.0 cm,保证网膜条贴盖吻合口。手术 19 例无吻合口瘘及中重度狭窄发生。此方法有下列优点:就近取材,不影响手术时间及增加患者创伤;胃网膜具有较强的再生、吸收和抗炎能力,能迅速与吻合口粘连并建立侧枝循环,在吻合口表面形成一血运丰富的保护性屏障,使吻合口局部血运增加,促进吻合口愈合;明显减少了吻合口瘘的发生;减少了吻合口狭窄的机率,吻合时前壁采用间断缝合,其线结在腔外,吻合口套入不多;操作方法简便,易于掌握,避免了胃扩张、肺不张及肺炎的发生。因将胃放入纵膈食管床内,与传统的弓前胃吻合相比,后者到胸腔负压的吸吮作用易于发生胃扩张。同时也避免了胸腔胃对肺的压迫作用,降低了肺不张、肺炎的发生率,明显的改善了术后呼吸功能。

经上述临床资料分析,笔者认为,经食管床主动脉弓上下食管胃吻合带蒂网膜包盖吻合口部,不仅可达到预防吻合口瘘的目的,而且可减少术后并发症,有效降低术后早期死亡率。

(编辑:薛凡)

(收稿日期:2005-01-04)

结膜蝇蛆病 2 例报告

柳颂雪

(林口县人民医院眼科,黑龙江林口 157600)

随着人民生活水平提高,卫生条件的改善,人眼寄生虫已很少见了,但在农村某些地方仍然存在。笔者近年来发现 2 例人眼寄生虫病,现报告如下。

1 病例摘要

例 1:女,15 岁。学生。于 2003-10-24 就诊。病人自述午后在户外玩耍时,自觉眼前有一“飞虫”在旋绕,而后自觉左眼异物感较重,因用手揉擦后发现黑眼球上有一小虫爬行,即来我院就诊。既往史:乙肝大 3 阳,邻居有眼虫史,未述森林接触史,无与猫狗接触史。查体:VOD:1.0, VOS:1.0;右眼结膜囊及角膜表面有长约 1 mm 两头稍尖的白色黑头小蛆,在快速蠕动爬行,约 10 余条;双眼前节(-);晶体透明;玻璃体及眼底未见异常;眼压 $T_R = T_L = T_N$ 。辅助检查:血、尿、便常规均无异常。诊断:结膜蝇蛆虫病。处理:在表麻下用镊子逐一取出,分 2

次取出,观察 2 d 后出院。随诊 6 个月无复发,虫体经本院病理科及上级医院进一步确诊为蝇蛆病。

例 2:王永力,男性,35 岁,农民。因左眼球发红,怕光流泪 2 d,于 2002 - 03 - 05 来我院就诊。裂隙灯检查,发现其结膜充血、水肿,结膜囊内有数条头呈黑色长约 1 mm 小虫在蠕动,角膜轻度水肿,前房(-);瞳孔圆,对光反射灵敏;于表麻下用棉签取出虫体。症状逐渐缓解,进一步检查确诊为蝇蛆病。

2 讨论

眼蝇蛆病以牧区多见,与羊群接触者尤易发生。本文第 2 例中有养羊史,目前国内已有几百例报告。该虫体形态呈梭形,长约 1.2 mm,呈乳白色,前端有一对黑色角质钩,钩自体后弯曲,四周及体节背面均有小刺,每节腹部有 2~3 排毛刺,虫体末端肛节分叉处可见钩状刺,虫体以角质钩及体刺附着于眼组织。

此病取虫时应注意:滴表麻剂后取出;取出后彻底冲洗结膜囊,局部点抗生素眼药水;1 次难取净,需观察一段时间。

3 预防

一定要养成良好的卫生习惯,尤其农村夏秋季节要彻底消灭苍蝇,改善居住环境,避免接触犬、猫等家畜,以切断传染源,对此类病人应短期随访。

(编辑:刘学振)

(收稿日期:2005 - 02 - 20)

排尿性晕厥 14 例报告

万亚君¹,陈嘉琦²

(1. 五大连池市第一人民医院,黑龙江 五大连池 164100;

2. 黑河市第一人民医院外科,黑龙江 黑河 164200)

排尿性晕厥是指在排尿过程中及排尿终了时发生晕厥的一种综合征。多伴有短暂的意识丧失。我们曾遇到 14 例,现报告如下。

1 一般资料

14 例中,体检均除外器质性疾病,男性 10 例,女性 4 例。年龄为 18~42 岁。发作次数最多者为 5 次,最少者为 1 次。发病中被摔伤者 4 例,发病后就诊时间为 2 h~7 d。

2 典型病例

病人,男,40 岁。该患者于 2000 - 11 - 11 晚少量饮酒后入睡,夜间排尿,在排尿过程中,突然出现意识丧失,继之摔倒,约 2~3 min 后意识恢复。第 2 d 前来就诊,主诉:头晕,周身乏力。查体:血压 14.63/9.31 kPa(110/70 mmHg),一般状态较好,意识清醒,右臀部可见皮下瘀斑,心率 57 次/min,节律规则。心电图:窦性心动过缓,阿托品试验阴性。诊断:排尿性晕厥;窦性心动过缓。治疗:阿托品

片 0.3 mg,3 次/d 口服,3 d 后,心率升至 76 次/min,至今未复发。

3 讨论

本组病例特点:晕厥发生前多无不适或仅有短暂头晕、眼花、腿软等感觉,病人突然晕倒,意识丧失,持续约 1~6 min 后自行苏醒,醒后多无后遗症,个别病例有外伤,本病可多次发生,预后良好;饮酒及睡眠醒后活动易发生;心动过缓者易发生此病,本组 14 例患者中心动过缓者占 5 例,经阿托品试验均除外病态窦房结综合征;此征多见于男性,本组 14 例患者中,10 例为男性。

本病病因尚未完全明了,可能为综合性:病人自主神经功能不稳定,机体反应性差,夜间迷走神经张力高,加之饮酒、卧床,外周血管扩张。体位的突然变化及排尿时的屏气动作,致心输出量突然下降,血压下降,发生脑血流动力学的改变,造成一过性脑供血不足,导致晕厥的发生。

应嘱病人排尿前先立位活动,且排尿时勿用力 1 次排空,可少量多次排尿,使腹压缓慢下降;对心动过缓者,适当给以 M 胆碱受体阻断药,如阿托品口服,解除迷走神经对心脏的抑制,提高心率,发作后立即去医院就诊,及时发现是否并存器质性疾病;鼓励病人参加适当的体育锻炼,调整机体的神经血管机能,使之反应性增强,减少发作次数。

(编辑:刘学振)

(收稿日期:2004 - 10 - 18)

胰激肽原酶肠溶片治疗糖尿病周围神经病变 84 例疗效观察

刘忠喜¹,刘枫²,赵越¹,陈永春¹

(1. 大庆油田总医院南区医院,黑龙江 大庆 163414;

2. 大庆油田总医院乘风医院,黑龙江 大庆 163414)

我院 2003~2004 年门诊糖尿病周围神经病变(DPN)患者应用胰激肽原酶肠溶片联合弥可保治疗,疗效满意,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

84 例 DPN 患者均为 2 型糖尿病,其中男性 44 例,女性 40 例。年龄(57.3±7.2)岁。糖尿病病程(9.2±3.6)年,DPN 病程(3.3±1.6)年。符合下列临床表现:四肢感觉异常;深浅感觉明显减退,膝跟腱反射减退或消失;肌电图检查提示运动、感觉神经传导障碍;除外其他原因。随机分为治疗组 42 例,对照组 42 例。

1.2 治疗方法

两组 DPN 患者经饮食、运动及药物治疗,血糖