

出水量及每小时尿量。每天查 2~3 次电解质,病情危重随时检查。(2)术后 1~3 d 内出尿量 < 4 500 ml/24 h,若液体入量多或使用利尿药,出入基本平衡,可不处理。但注意观察病情变化。尿量 > 5 000 ml/24 h 或 > 300 ml/h 或,则应给予治疗。(3)控制尿量,尿崩症的治疗主要靠药物,轻度者可用非血管加压素类药物,双氢克尿塞 50~100 mg/d,卡马西平 0.2 g,3 次/d。对较重者,选用垂体后叶素皮下注射。由于早期病情不稳定,难以区分尿崩症类型,一般选用垂体后叶素,不应选用长效药物,如长效尿崩停,以免影响观察病情。(4)纠正水电解质紊乱。高钠血症者以口服或胃管注入温开水为主,必要时补充 5% 葡萄糖 + 氯化钾 + 胰岛素逐步纠正。血钠增高严重者要尽快降到 170 mmol/L 以下,防止对脑细胞造成损害。低钠血症者主要经静脉输入高渗氯化钠溶液(3%~5%氯化钠)。根据计算丧失的钠量补给,当日补给丧失量的 1/2~2/3 及生理需要量,次日补给剩余量,先补盐溶液,再补无盐溶液,避免血钠再次下降,导致脑细胞的损害,同时要根据电解质结果进行调整。

参考文献

- 1 何明方,岳志健,周晓平,等. 垂体瘤术后尿崩症 41 例临床分析[J]. 四川医学,2002,23(8):815-816.
- 2 张蓬川,石祥恩. 颅内肿瘤术后水、钠平衡紊乱研究进展[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2005,4(2):191-192.
- 3 朱广廷,刘斌,德义,等. 巨大垂体腺瘤术后水钠紊乱的临床分析及治疗[J]. 济宁医学院学报,2002,25(4):36-37.
- 4 王剑新,周国胜,张新中,等. 巨大垂体腺瘤的显微手术治疗[J]. 中国基层医药,2006,13(5):794-795.
- 5 贾涛,文卫平,雷文斌,等. 经蝶窦垂体腺瘤术后并发尿崩症的临床分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(3):199-201.
- 6 展如才,朱百年. 经单鼻蝶垂体瘤切除术后尿崩症的病因及治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2005,10(1):30-31.
- 7 卢海涛,孙晓川,郑履平,等. 经蝶垂体腺瘤术后尿崩症的临床分析[J]. 山西医科大学学报,2003,34(6):549-550.

[收稿日期 2009-07-03][本文编辑 宋卓孙 覃柯滔]

经验交流

食管癌手术前的消化道准备

黄国武, 张春, 李畅波, 潘泽群

作者单位: 543001 广西,广西医科大学第七附属医院(梧州市工人医院)胸心外科

作者简介: 黄国武(1965-),男,副主任医师,副教授,研究方向:胸心外科疾病的诊断和治疗。E-mail:wuzhouh109@yahoo.com.cn

[摘要] 目的 总结食管癌手术消化道准备的方法及疗效。方法 对 2005-01~2008-12 行食管癌切除、食管-胃吻合术 173 例的患者术前常规采用口腔护理、食管冲洗、通便,视食管梗阻情况使用抗生素、插胃管行食管冲洗。结果 所有病例术后无吻合口狭窄、吻合口漏、脓胸、腹胀、便秘等发生,肺部感染率较低,能顺利进行术后早期肠内营养支持。结论 食管癌术前良好的消化道准备对预防和减少术后吻合口狭窄、吻合口漏、胸腔感染和肺部感染等并发症的发生,对促进肠道功能恢复有较好的作用。

[关键词] 食管癌; 手术; 准备

[中图分类号] R 735.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1182-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.25

Preoperative preparation for digestive tract in the patients with esophageal carcinoma HUANG Guo-wu, ZHANG Chun, LI Chan-bo, et al. Department of Cardio-thoracic Surgery, the 7th Affiliated Hospital of Guangxi Medical University (Wuzhou Workers' Hospital), Guangxi 543001, China

[Abstract] **Objective** To summarize the method and curative effect of preoperative preparations for digestive tract in the patients with esophageal carcinoma. **Methods** Before operations of excision of esophagus and anastomosis of esophagus-stomach on 173 patients with esophageal during January 2005 and December 2008, the methods of regular oral nursing, rinsing of esophagus, laxation of motions, also using antibiotic medicine or intubation of stomach in case of esophageal obstruction was used. **Results** No case of incidence was related to narrowing of sewing up the incision, leaking of fluid or pyothorax, obvious abdominal distension, constipation. Lower rate of lung infection and ear-

lier intestinal nutrition support after the operation were achieved. **Conclusion** Well-made preparation of digestive tract before operation can play a better role on prevention and reduction of series of complications as post-operative narrowing of sewing up the incision, leaking of fluid or pyothorax, thoracic and lung infections etc. and promotion of recovery of intestinal function.

[Key words] Esophageal carcinoma; Operation; Preparation

食管癌术前良好的消化道准备对预防和减少术后吻合口感染、吻合口狭窄、吻合口漏、胸腔感染和肺部感染等并发症,促进肠道功能恢复等有较好的作用。我院在治疗食管癌过程中逐渐形成了一套简便、行之有效的术前消化道准备程序,现总结汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从2005-12~2008-06在本科进行食管癌手术治疗病人共173例,男性109例,女性64例,男女比例1.76:1。年龄27~78岁,平均年龄(54±12.7)岁。肿瘤部位在食管上段13例,中段109例,下段51例。术前能进食流质29例,半流质126例,普食18例。有晚间溢食18例,食管重度狭窄、近段食管扩张超过3 cm有25例。

1.2 术前准备 所有病人入院后嘱餐后饮适量温盐水冲洗食管。术当前晚及术晨用洗必太棉球(0.1%~0.2%)擦拭口腔作口腔清洁。术前1 d早上口服果导片(50 mg)2~4片,若当天排便仍不通畅则加用开塞露。术前晚餐后2 h口服0.5%灭滴灵注射液100 ml和生理盐水250 ml作食管冲洗。术晨口服0.5%灭滴灵注射液50 ml后插胃管接胃肠减压。术前禁食12 h,禁饮6 h。对于食管重度狭窄、有溢食、仅能进食流质、肿瘤近端扩张超过3 cm的病人,术前3 d每晚睡前插胃管用温盐水灌洗食管,同时静脉点滴抗生素(头孢三代)3 d。

1.3 手术方式 本组病人均经左胸后外侧切口入路,用胃代食管作端侧吻合。其中弓上吻合110例,弓下吻合42例,颈部吻合21例。进入手术室开通静脉通道后预防性使用抗生素(头孢三代)。术中留置胃管作术后胃肠减压及鼻肠管作术后早期肠内营养。

2 结果

173例患者均无吻合口感染、吻合口漏、吻合口狭窄、胸腔及切口感染,无明显腹胀、恶心、呕吐、便秘。4例术后有一过性轻度腹胀感、大便困难,使用开塞露排出硬便后好转。早期肠内营养进行顺利。肺部感染19例(11%)。肠鸣音恢复时间在术后1 d 5例,2 d 122例,3 d 46例,术后肛门排气或/和排便平均时间(2.98±1.5) d。

3 讨论

食管癌手术前消化道准备的目的是减少口腔、食管内细菌及种类,减少术中医源性感染的几率及程度;减轻食管水肿,为吻合口的愈合创造良好的条件;减少肠管积气、积便,促进术后肠蠕动尽早恢复,为术后早期肠内营养做准备。

3.1 口腔准备 咽喉部的细菌不但可因气管插管时,气管插管管壁与咽喉部接触后,细菌被带入气管内,直接引起气管污染,成为术后呼吸道感染的感染源之一。而且口腔卫生

状况的好坏与术后机械通气性肺炎的发生也有直接的关系,口咽部细菌是机械通气性肺炎致病菌的重要来源^[1]。因此围手术期做好口腔清洁,对预防术后呼吸道感染非常重要。考虑病人的卫生习惯存在差异,主动协助病人做好口腔清洁更具积极意义。相关报道^[2,3]食管癌术后肺部感染率为5.6%~20%,本组病例为11%,维持在较低的水平。

3.2 食管准备 在食管癌患者食管腔内,可检出大量与正常食管中存在的相似细菌,包括多种需氧菌及厌氧菌群,属有菌环境^[4]。中、晚期食管癌患者,由于肿瘤严重阻塞食管腔,在梗阻段食管上部,大量食物残渣滞留于管腔,食物糜烂后加重了以厌氧菌为主的混合感染,细菌的种类和数量较正常食管明显增多,成为术中的医源性感染和术后吻合口感染的主要来源之一。在术前进行食管冲洗,可以显著减少食管腔内的细菌种类及密度^[4],为术中吻合口的操作提供相对清洁而有利的条件,从而预防因吻合口感染引起的吻合口狭窄、吻合口漏和术中食管细菌污染引起的胸腔感染及切口感染。

3.3 肠道准备 食管癌患者因有食管梗阻,多以进食半流、流质饮食为主,膳食纤维较少,易出现便秘。术后可能卧床数日的病人,特别是中、老年患者,在术后较长的一段时间内,膳食纤维的进食也明显受限的情况下,易诱发和加重便秘,引起腹胀等不适,不利于术后肠道蠕动的恢复和术后早期肠内营养的进行。同时也有食管癌术后患者因便秘引起心肌梗死、猝死报道^[5]。因此术前适当的肠道准备是必要的。但用胃代食管作食管癌切除手术的肠道准备要求没有肠道手术要求严格,在术前1 d口服果导片即可在服药后4~8 h排出粪便,视具体情况结合开塞露使用可达到较好的肠道准备要求。

3.4 抗生素的使用 一般来说,食管手术预防性使用抗生素只需在手术当日即可起到预防术后感染的作用^[2]。围手术期广谱抗生素的过多使用,使口咽部、肠道正常菌群减少,耐药菌株繁殖,反而易导致术后难治性呼吸道感染和肠道功能紊乱。

3.5 梗阻近段食管腔食物残渣和严重感染的处理 食管在糜烂食物残渣和感染的长期刺激下,食管黏膜甚至肌层会出现充血水肿、增厚变脆,易导致术后吻合口钉或缝线脱落,引起吻合口瘘等并发症。如在感染严重的食管行吻合重建术,术后吻合口感染及其它医源性感染的可能性增大。因此,我们仍主张术前3 d在结合食管冲洗的同时静脉使用抗生素(选用对革兰阴性菌和厌氧菌有较强作用的双氯西林),以减轻或消除梗阻近段食管的感染和水肿,最终达到预防吻合口感染、吻合口狭窄、吻合口漏及胸腔、切口感染的目的。

参考文献

1 陈 鸣, 府伟灵, 陈依颢. 呼吸机相关肺炎的流行病学分析[J]. 中华医院感染学杂志, 1998, 8(4): 211-213.

2 赵雍凡, 蒋 雷, 尹维佳, 等. 食管手术预防性抗生素使用的随机对照研究[J]. 四川医学, 2001, 22(1): 12-13.

3 徐凤琴, 杨秀云, 陈丽蓉, 等. 食管癌术后患者医院感染的调查分

析[J]. 中华医院感染学杂志, 2005, 15(3): 285-286.

4 解晨昊, 阎 齐, 赵雍凡. 四川食管癌患者食管腔内细菌学调查[J]. 四川医学, 2002, 23(4): 369-370.

5 丁晓明, 刘 迅. 食管癌术后便秘致心肌梗死猝死2例[J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(15): 1969.

[收稿日期 2009-03-09][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

24例急性砷中毒的心电图及血清心肌酶谱分析

陈年芬

作者单位: 530021 南宁, 广西职业病防治研究院物理诊断科

作者简介: 陈年芬(1955-), 女, 大学, 主治医师, 研究方向: 职业病物理诊断

[摘要] 目的 探讨急性砷中毒者的心电图与血清心肌酶谱改变的意义。方法 对急性砷中毒者与健康者(对照组)的心电图及血清心肌酶谱进行对比分析。结果 急性砷中毒患者的心电图异常率与血清心肌酶升高明显高于对照组。结论 心电图与血清心肌酶测定对观察急性砷中毒具有临床意义。

[关键词] 砷中毒; 心电图; 血清心肌酶谱

[中图分类号] R 595.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1184-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.26

Analysis on the ECG and serum myocardial zymogram in 24 patients with the acute arsenic poisoning

CHEN Nian-fen. Guangxi Institute of Occupational Disease, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To explore the meaning of the changes of ECG and serum myocardial zymogram in the patients with acute arsenic poisoning. **Methods** The comparative analysis on the changes of ECG and serum myocardial zymogram between the patients with acute arsenic poisoning(the poisoning group) and healthy people(the control group) were performed. **Results** The abnormal rate of ECG and the level of serum myocardial zymogram in the poisoning group were significantly higher than those in the control group($P < 0.01$). **Conclusion** The determination of ECG and serum myocardial zymogram have the clinical meaning for the observation of the patients with acute arsenic poisoning.

[Key words] Arsenic poisoning; ECG; Serum myocardial zymogram

砷中毒主要由砷的化合物引起,其中以毒性较大的三氧化二砷(俗称砒霜)为多见。人口服0.01~0.05 g可发生急性中毒,致死量为0.06~0.6 g^[1]。中毒者除了有神经系统损害外,还有肝脏、心脏、胃肠道等多脏器损害^[2]。2009-02-28~2009-03-04 我院收治误饮工业用水(水含砷32.5 mg/L,饮用水正常含砷<0.1 mg/L)^[3]后群体中毒24例,对这24例急性砷中毒患者的心电图及血清心肌酶谱进行检测,并与24例正常健康者作对照,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2009-02-28~2009-03-04 我院收治急性砷中毒24例,其中男16例,女8例,年龄在6个月~73岁,平均年龄(44.46±18.53)岁,均为因误饮工业用水后导致群体急性砷

中毒12~48 h入院者,均有头痛、头昏、恶心、呕吐、腹痛、胸闷、心悸、乏力、眼睑轻度水肿、结膜充血等,尿砷普遍高达1.28~10 mg/L。中毒者有3例有高血压病史。对照组24例,其中男18例,女6例,年龄在18~70岁,平均年龄(38.22±17.95)岁。

1.2 方法 所有中毒患者于住院24 h内及出院前进行心电图检查,同时抽取晨空腹静脉血做血清心肌酶谱测定,并设24例健康体检组为对照;采用深圳帮健 ECG-1200 心电图仪,在仰卧安静状态下描记常规同步12导联心电图;住院期间,病情变化随时复查心电图,心电图资料由专职人员进行结果分析。心肌酶谱采用日立7080全自动生化分析仪进行AST、肌酸磷酸肌酶(CK)、LDH、α-羟丁酸脱氢酶(α-HBD)检