

2.3 临床疗效 疗效评价依据 MacNab 腰腿痛手术评价标准判定^[1], 300 例患者术后随访 3 ~ 12 个月, 总有效率为 86%, 其中, 显效 162 例, 占 54%, 症状消失, 恢复正常活动; 有效 96 例, 占 32%, 偶有疼痛, 正常活动基本恢复; 无效 42 例, 占 14%, 症状有/或无缓解, 无工作能力。

3 讨论

3.1 臭氧治疗腰椎间盘突出症的机理: (1) 臭氧具有强氧化作用, 可以瞬时氧化分解髓核组织的蛋白多糖, 破坏髓核细胞, 髓核被氧化后体积缩小、固缩, 使突出的椎间盘容量减少, 压力降低, 减轻或消除对神经根压迫, 达到治疗目的。而对纤维环与其他组织结构无任何损害^[2]。(2) 臭氧具有抗炎镇痛作用。臭氧消融使椎间盘收缩, 有利于降低由椎间盘压迫引起的静脉淤血, 改善局部微循环, 有效增加血供, 减轻神经根水肿粘连, 达到消炎止痛目的^[3]。

3.2 CT 引导与影像学变化 穿刺针尖准确到达椎间盘内和髓核突出部位, 并将臭氧与髓核充分结合是提高疗效的关键。由于 CT 具有良好的分辨率, 可分辨硬膜囊、神经根、突出物及钙化灶, 在 CT 引导下, 可以精确确定针尖位置, 避开重要组织结构。可清晰观察椎间盘内臭氧弥散状况, 表现为裂隙状、积聚状、大部分溢出盘外状, 根据需要进行臭氧注射, 这样就大大提高穿刺成功率及疗效。本组病例穿刺时采用侧后方和后方椎管途径进针法, 穿刺成功率 100%。目前就影像导向设备而言, X 光透视可以方便实时引导椎间隙穿刺, 但它对各种软组织结构不能分辨, 不能显示椎间盘内臭氧分布特点; MRI 对组织分辨率高, 可进行实时引导, 对组织化学改变敏感, 对治疗监测清晰, 是理想的影像导向方法, 但是价格昂贵, 目前国内尚未普及; CT 引导方法精确以毫米计算, 可以方便引导穿刺椎间盘髓核突出物及神经根周围, 避免穿破硬膜囊及神经根。CT 扫描图像还可以作为治疗椎间盘动态对比。

3.3 影响疗效的因素 本组资料显示, 随访 3 ~ 12 月, 总有效率 86%, 无效 14%。影响臭氧治疗椎间盘突出症疗效因素较多, 笔者认为主要与以下几方面有关: (1) 适应证选择。经 CT 或 MRI 检查证实为包容性及单纯轻中度椎间盘突出合并根性压迫症状者; 无骨性椎管狭窄、椎体滑脱、黄韧带肥厚、突出物钙化等; 经保守治疗经久不愈腰痛, CT 或 MRI 检查证实相应平面椎间盘膨出, 并非排除其他原因。(2) 穿刺引导。操作者要了解解剖结构, 掌握椎间盘的 CT 知识, 熟练穿刺技术。(3) 臭氧注射的浓度、剂量及压力。臭氧氧化能力与其浓度成正比, 浓度过低疗效欠佳, 浓度过高则刺激硬膜囊及神经根, 本组病例中, 盘内及突出物均注射浓度为 60 μg/ml 臭氧, 椎间孔附近注射浓度为 40 μg/ml 的臭氧。臭氧注射剂量, 盘内应根据纤维环退变程度及有无破裂以及 CT 扫描后臭氧分布情况来定, 本组病例注入 5 ~ 20 ml 臭氧。(4) 臭氧与胶原酶联合应用。当突出物较大, 可先于椎间盘内注射臭氧, 然后向突出平面硬膜外前间隙内缓慢注入稀释后胶原酶 600 ~ 1 200 U, 可提高疗效。(5) 术后恢复及功能锻炼。

综上所述, CT 引导臭氧治疗腰椎间盘突出症操作方便, 定位精确, 疗效肯定, 并发症少, 操作人员无放射线损伤, 是腰椎间盘突出症一种安全有效的介入治疗方法, 具有重要临床应用价值, 值得推广。

参考文献

- 1 滕晓军. 经皮椎间盘摘除术[M]. 南京: 江苏科技出版社, 2000: 93-96.
- 2 俞志坚, 何晓峰, 陈勇, 等. 臭氧对髓核超微结构的影响[J]. 介入放射学杂志, 2001, 10(3): 161-163.
- 3 何庆, 廉栋. 高纯高浓度臭氧注射治疗椎间盘突出症初步探讨[J]. 颈腰痛杂志, 2005, 26(1): 56-57.

[收稿日期 2009-09-07][本文编辑 韦辉德 韦颖(见习)]

经验交流

老年人急性胆囊炎 86 例临床分析

周立松

作者单位: 545001 柳州, 广西医科大学第五附属医院外科

作者简介: 周立松(1958-), 男, 大学学历, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 普通外科、急诊外科疾病诊治。E-mail: zhou195862@163.com

【摘要】 目的 探讨老年人急性胆囊炎临床特点, 提高对该病的认识, 降低该病的病死率。方法 通过对 86 例经手术和病理证实的老年急性胆囊炎病例和同期非手术治疗 34 例的临床资料分析对比, 寻求该病治疗的有效方法和手术时机。结果 手术组痊愈 80 例, 好转 2 例, 死亡 4 例, 病死率 4.6%。非手术组 34 例, 好转 29 例, 死亡 5 例, 病死率 14.7%。结论 主张对老年急性胆囊炎应早期积极手术治疗, 不提倡过分强调先用非手术控制后转为择期手术的做法。

[关键词] 老年人; 急性胆囊炎; 手术

[中图分类号] R 575.6 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)02-0168-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.26

Clinical analysis of 86 elderly patients with acute cholecystitis ZHOU Li-song. Department of Surgery, the Fifth Affiliated Hospital, Guangxi Medical University, Liuzhou 545001, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical characteristics of elderly patients with acute cholecystitis and to raise awareness of this disease and reduce mortality rate. **Methods** Through the comparison between the clinical data of 86 cases confirmed by pathology cases and surgery and those of 34 cases of non-surgical group at the same period, the better choice and the timing of surgery on the treatment of this disease were obtained. **Results** In operation group, 80 cases were cured, 2 cases were improved, 4 cases died; mortality rate was 4.6%. In the non-surgical group of 34 case, 29 cases were improved, 5 cases died, mortality rate was 14.7%. **Conclusion** It should be necessary to advocate an active surgical treatment for elderly patients with early stage, do not advocate too much emphasis on using non-surgical control at acute cholecystitis at the first and then elective operation.

[Key words] Elderly patients; Acute cholecystitis; Operation

近年来,老年人急性胆囊炎发病率明显增高,其临床表现除具有急性胆囊炎的一般规律外,还有其特殊性。由于并存病和术后并发症多,死亡率明显高于非老年组。现将我科共收治经手术和病理证实的86例老年人急性胆囊炎的临床特点,分析报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 我院2000~2006年共收治老年急性胆囊炎120例,其中经手术和病理证实86例,男46例,女40例。年龄60~69岁60例,70~79岁22例,80岁及以上4例,平均68.2岁,最大83岁。既往有胆道病史60例,占69.7%,病程最短5个月,最长40年,平均为11年。有42例(51%)为慢性胆囊炎基础上急性发作。

1.2 手术方法 腹腔镜胆囊切除50例,胆囊切除加胆道探查32例,胆肠吻合术2例,胆囊造口1例,胆囊造口加胆道探查1例。手术宜选择简单、快速且能有效解除病灶的术式,以免因手术或/和麻醉时间过长而加重并存病。合并胆囊结石72例,继发胆管病变28例,为胆管扩张、胆管炎、胆管下端狭窄、胆总管结石及Mirizzi综合征和胆囊胆管瘘^[1,2]。

2 结果

手术组痊愈80例,好转2例,死亡4例,病死率4.6%。其中,患有肝硬化、高血压、冠心病、慢性肾功能不全、糖尿病等并存病68例,占79%,死于肝功衰2例、糖尿病并感染性休克1例、术后并发胆瘘腹腔感染1例。非手术组34例,好转29例,死亡5例,病死率14.7%,均死于并存病的加重或恶化。

3 讨论

老年人急性胆囊炎有如下特点:

3.1 老年人由于生理及病理解剖特点容易发生胆道感染^[1],老年人胆总管末端及Oddi氏括约肌弹性减弱、松弛、胆囊壁肥厚、弹性差使胆汁淤滞,易逆行胆道感染。本文手术组半数以上急性胆囊炎系在慢性炎症基础上发展而至,由于胆囊壁多已纤维化、萎缩,反复发作与周围脏器粘连,胆囊功能减弱或消失,抗菌及净化力降低,而发生胆囊急性化脓、

积脓、坏疽和穿孔等。术中发病至手术4d时间以上共58例,术前虽经过系统的保守治疗,但仍有24例发生化脓、积脓、坏疽穿孔和胆瘘等严重的病理改变。因此,对本病应早期积极手术治疗。

3.2 老年人由于免疫机能低下、机体反应差、临床表现轻,但病理改变重^[2]。本文手术组36例胆囊已化脓、坏疽穿孔或胆瘘,但却有15例体温不升高,有9例白细胞在正常范围,有7例无腹膜炎表现。因此,临床上不能简单根据临床表现推断病理改变,决定治疗方案。

3.3 老年人急性胆囊炎以非结石性胆囊炎多。Munster报告为2%~15%^[3],本组非结石性胆囊炎占16.2%。非结石性胆囊炎的病程进展快、病情凶险、病理改变重,病死率极高。本文手术组14例中,8例发病1~3d内胆囊坏疽,3例化脓,1例从发病到手术仅12h,术中即胆囊全部坏疽。因此,一旦诊断明确应积极手术治疗。

3.4 老年人急性胆囊炎合并肝外胆道病变多。老年人急性胆囊炎反复发作易引起胆管炎,继发胆管结石、胰腺炎及肝功能改变,本文手术组有肝外胆道合并症者占32.5%,其中5例死亡。

3.5 老年人急性胆囊炎并存病及术后并发症多。本组并存病占75.6%,其中以心脏问题最多,共52例次,其次为高血压、肺病、糖尿病、肝病及脑血管病。以往怯于并存病存在,对早期手术治疗有顾虑。本文10例心律失常和16例冠心病患者均在术前、术中和术后严密进行心电监护,手术并未发生意外。本病最多见术后并发症为电解质紊乱、肺部感染、切口感染及切口裂开,所以应重视手术后的电解质平衡,应用抗生素抗感染和伤口的观察和处理。

3.6 老年人急性胆囊炎病死率高,文献^[4]报道病死率为8.9%,其中60岁以下组为2.3%,本组为7.5%。主要死亡原因为发生严重并发症、就诊时间晚、临床医生过分强调非手术治疗而延误手术时机等。本组急诊手术组病死率为4.6%,非手术组为14.7%。因此,我们主张对老年急性胆囊炎,如全身情况允许应早期积极手术治疗。

参考文献

1 Csencs A, Carlos Diaz J, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification [J]. Br J Surg, 1989, 76 (11): 1139.

2 Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, et al. Management of the Mitiz-

zi syndrome and the surgical implication of cholecystcholedochal fistula [J]. Br J Surg, 1990, 77(7): 743.

3 Glenn F, Fox MS, Wilk PJ, et al. Acute acalculous cholecystitis [J]. Ann Surg, 1982, 195(2): 131.

4 施维锦. 老年人胆道疾病 [J]. 腹部外科, 1990, 3(3): 99.

[收稿日期 2009-09-16] [本文编辑 宋卓孙 吕文娟(见习)]



胸腔镜辅助下小切口手术治疗复发性气胸 14 例

周曼新, 杨逊军, 岑家福, 邓宇江

作者单位: 542800 广西, 贺州市人民医院胸外科

作者简介: 周曼新(1974-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 从事心胸外科工作。E-mail: zhoutmz-007@163.com

【摘要】 目的 探讨胸腔镜辅助下小切口手术治疗复发性气胸的临床应用效果。方法 回顾性分析 14 例在电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸的病历资料。结果 全组所有患者均取得良好的治疗效果, 无围术期死亡, 术后回访 2~24 个月, 未见有复发。结论 电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸是一种易被广大患者接受和胸外科医生所掌握的手术方法, 在基层医院值得推广。

【关键词】 胸腔镜; 小切口; 手术; 复发性气胸

【中图分类号】 R 561.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2010)02-0170-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.27

Thoracoscopic-assisted minimal incision surgery in the treatment of 14 patient with recurrent pneumothorax

ZHOU Man-xin, YANG Xun-jun, CHEN Jia-fu, et al. Department of Thoracic Surgery, Hezhou People's Hospital, Guangxi 542800, China

【Abstract】 Objective To evaluate the clinical application effect of thoracoscopic-assisted minimal incision surgery for recurrent pneumothorax. **Methods** Retrospective analysis of the clinical data of 14 patients with recurrent pneumothorax underwent video-assisted thoracoscopic surgery with minimal incision was performed. **Results** All patients in this group had achieved good therapeutic effect, there was no perioperative death, all patients were followed up for 2 to 24 months, there was no recurrent patient. **Conclusion** Video-assisted thoracoscopic surgery with minimal incision for recurrent pneumothorax is easily accepted by the patients and thoracic surgeon, and should be promoted at the grass-roots hospital.

【Key words】 Thoracoscope; Minimal incision; Operation; Recurrent pneumothorax

2007-01~2009-07,我们在电视胸腔镜辅助下行小切口手术治疗复发性气胸 14 例,获得良好效果,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 14 例复发性气胸患者,其中男性 11 例,女性 3 例,年龄 19~72 岁,平均年龄 38 岁。左肺病变 6 例,右肺病变 8 例。引起气胸的基础肺部疾病中,肺大疱 10 例,肺结核 2 例,慢支-肺气肿 2 例。所有病例均为第一次复发,其中 10 例既往行胸腔穿抽气术,4 例行胸腔闭式引流术,从首次治疗至复发的时间最长者 5 年,最短者半个月。

1.2 手术方法 病人常规行开胸术前准备,手术在双腔气管插管全麻下进行,取健侧卧位,腋下垫高,术中健侧单肺通气,在患侧腋中线第 8 肋间切开长约 1.5 cm 的切口作为观察孔,插入胸腔镜探查胸腔,明确病变的部位后,根据病变的位置另外在第 4 或者第 5 肋间做一长约 8~12 cm 的切口,切口长度可根据术中情况适当延长,用小号胸廓牵开器牵开肋间隙,对于估计胸腔粘连比较明显的,也可以先切开肋间切口,将胸腔内的粘连部分松解后再插入胸腔镜。术中在胸腔镜及直视下仔细检查全肺表面,如果胸腔粘连严重,用电刀将粘连松解,对于肺炎部及纵隔面对粘连者,也可以用电凝勾电灼松解,直至将肺叶完全松解后,再将病变处提至小切