

2.2 超声所见隐睾图像表现 睾丸体积最大 $7.2\text{ cm} \times 5.5\text{ cm} \times 4.9\text{ cm}$ (睾丸肿瘤), 最小 $0.9\text{ cm} \times 0.6\text{ cm} \times 0.5\text{ cm}$ 。患侧睾丸比健侧小, 回声减低, 提示患侧睾丸发育不良。恶变睾丸 1 例, CDFI 血流信号丰富。

3 讨论

3.1 隐睾是外科临床较常见的疾病, 由于胚胎期睾丸迁移过程障碍, 睾丸可终止于从肾的下极到腹股沟管的任何位置, 从而形成隐睾。双侧隐睾如不治疗, 成人后几乎无生育能力, 如能在早期治疗, 成人后生育力可达 40%。单侧隐睾 2 岁前手术者, 成人后生育力达 87.5%, 13 岁以后手术者, 成人后生育力可达 54.3%^[1]。隐睾患者因睾丸周围的环境发生改变, 特别是腹腔内体温影响, 容易发生恶变, 恶变的发生率高于正常睾丸发育者 30% ~ 50%。因此, 早期确诊隐睾位置并进行手术治疗显得尤为重要。

3.2 超声作为一种无创性检查, 是探查隐睾的首选方法。在本组资料中经过手术探查证实, 90.5% (219/242) 的患者术前超声定位准确, 为手术方案的制定提供了有价值的参考。本组资料显示, 83.4% (202/242) 的隐睾位于腹股沟区。探查腹股沟区的隐睾时探头在髂血管内前方扫查, 腹股沟区的隐睾表现为卵圆形结节, 边界清晰, 表面光滑, 内部回声低而均匀, 有星点血流信号, 探头加压时患者可有特殊酸胀感。

3.3 对疑有腹股沟内环口的隐睾在探查过程中, 使用高频探头腹部设置以提高检查深度, 用左手食指和中指沿着患侧腹股沟管由外上到内下加压推移, 可增加显示率。文献报道, 在 1 岁内的小儿中, 隐睾的发生率为 1%, 内中 20% 的患者是单侧或双侧腹股沟未触及睾丸隐睾者^[2], 但是并不意味着这些隐睾都位于腹腔内, 内中约有 8% 在腹股沟管内和内环附近^[3], 探查的重点应放在腹股沟区。检查时让患者适

当充盈膀胱后立位检查, 因为立位有利于睾丸下降。如果在上述部位超声仍未发现隐睾则为超声未探及隐睾, 不排除异位隐睾或先天性无睾的可能。建议腹腔镜探查。本组假阴性 18 例, 均为临床未触及隐睾在腹股沟区未能探及隐睾。文献报道如果未能找到睾丸则应变换探头频率进一步扩大扫查范围^[3]。作者体会, 不需变换高频探头, 改变 SETUP 设置里的腹部选项, 提高检测深度 (DEEP), 可清楚显示位置相对较深的腹腔内 (包括肠系膜淋巴结在内) 结构。当探及紧贴前腹部并凸向腹腔的卵圆形低回声结节, 结节位置固定, 不受肠蠕动影响, 应考虑为腹腔内隐睾。本组资料中腹腔内隐睾 26 例, 超声探到 18 例; 腹膜后隐睾 8 例, 超声探到 2 例, 腹膜后隐睾均在同侧肾下方找到, 1 例表现为卵圆形的低回声结节, 另 1 例体积稍大且内部回声不均匀, 血流信号增加, 超声诊断睾丸肿瘤, 术后经病理证实。

3.4 检到可疑的隐睾, 需与肿大的淋巴结鉴别。本组的假阳性者其中 3 例经手术证实超声所见为腹股沟淋巴结。隐睾与淋巴结的鉴别是: 淋巴结多位于腹股沟韧带的下方, 与髂血管相邻, 多发, CDFI 在淋巴结门可探到较隐睾明显的血流信号。

参考文献

- 1 朱贝贝. 隐睾 [C]//李正, 王慧贞, 吉士俊. 实用小儿外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1236 - 1239.
- 2 王德娟, 邱剑光, 温星桥, 等. 术前腹股沟未触及睾丸隐睾的腹腔镜处理 [J]. 新医学, 2009, 40 (2): 97 - 99.
- 3 罗 绫, 刚玉恩, 王 敏. 小儿隐睾的超声诊断 [J]. 当代医学, 2008, 14 (24): 66.

[收稿日期 2010 - 03 - 17][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

老年急性胰腺炎 51 例的内科综合治疗分析

李定锋

作者单位: 538100 广西, 东兴市妇幼保健院内儿科

作者简介: 李定锋 (1969 -), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 消化内科疾病诊治。E-mail: dxly003@163.com

[摘要] **目的** 总结老年急性胰腺炎 (AP) 内科综合治疗的经验和效果。**方法** 回顾性分析 51 例老年 AP 患者的内科临床综合治疗的相关资料。**结果** 51 例患者经内科综合治疗后体温、血淀粉酶、血糖、白细胞、血钙均恢复正常水平, 5 例 (10%) 尿淀粉酶稍高于正常。治愈 39 例 (76.5%), 好转 8 例 (15.7%), 转手术治疗 2 例 (3.9%), 死亡 2 例 (3.9%), 实验室检测结果除 5 例 (10%) 患者尿钙稍高外, 其他均恢复正常。**结论** 老年 AP 的内科综合治疗措施应在常规治疗的基础上, 尽早抑制胰腺分泌和胰酶活性; 早期使用广谱抗生素; 及时给予肠内营养, 疗效满意, 综合治疗可减少并发症并降低病死率。

[关键词] 老年; 急性胰腺炎; 综合治疗

[中图分类号] R 576 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674 - 3806 (2010) 08 - 0765 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.08.27

Analysis on therapeutic efficacy of combined treatment of internal medicine in aged patients with acute pancreatitis

LI Ding-feng. Maternal and Child Health Hospital in Dongxing City, Guangxi 538100, China

[Abstract] **Objective** To summarize the experience of combined treatment of internal medicine in aged patients with acute pancreatitis (AP). **Methods** The combined treatment methods of 51 aged patients with AP were analyzed retrospectively. **Results** Based on routine treatment, 51 aged patients with AP received treatment such as inhibiting the pancreatic enzyme secreting and pancreatic enzyme activity, using the broad-spectrum antibiotics early, giving the enteral nutrition in time. Among 51 cases, 39 cases (76.5%) were cured, 8 cases (15.7%) were better, 2 cases (3.9%) were transferred to surgical treatment and 2 cases (3.9%) died. The laboratory examination results showed higher urinary calcium in 5 cases (10%), the other indicators returned to normal values. **Conclusion** Combined treatment of internal medicine for the aged with AP is effective and may lessen complications and reduce mortality.

[Key words] Aged; Acute pancreatitis; Combined treatment

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是胰酶在胰腺内被激活后引起胰腺组织自身消化的化学性炎症, 是一种临床常见的急腹症。近年来, 随着人口结构老龄化, 老年 AP 的发病率逐年增高^[1]。现对我院 2005-01 ~ 2008-12 住院的 51 例老年 AP 患者的内科综合治疗情况作一回顾性分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 对我院 2005-01 ~ 2008-12 住院的 51 例 AP 患者的病历资料进行回顾性分析, 男性 23 例 (45.09%), 女性 28 例 (54.91%); 年龄 60 ~ 87 岁, 平均年龄 (71.7 ± 7.6) 岁。发病因素: 胆源性 37 例 (72.5%), 饮食因素 11 例 (21.6%), 余为特发性 (原因不明)。临床表现: 有腹痛 43 例 (84.3%), 腹胀 42 例 (82.3%), 恶心、呕吐 33 例 (64.7%), 发热 (≥38.5 °C) 23 例 (45%), 黄疸 13 例 (25.5%)。临床实验室检查: 血淀粉酶升高 (≥100 U/L) 47 例 (92.1%), 尿淀粉酶升高 (≥500 U/L) 39 例 (76.4%), 白细胞升高 (≥10 × 10⁹/L) 23 例 (45%), 低血钙 (≤1.87 mmol/L) 5 例 (9.8%), 血糖升高 (≥11 mmol/L) 37 例 (72.5%), 24 h 内 B 超、CT 检查胰腺有形态学改变者 43 例 (84.3%), 胰性腹膜炎 49 例 (96%)。所有病例均符合 2003 年中国急性胰腺炎诊治指南 (草案) 的诊断标准和分级标准^[2]。

1.2 治疗方法

1.2.1 一般支持治疗 AP 患者由于禁食、呕吐、胃肠减压、高热、疼痛等均可造成轻重不一的脱水和电解质紊乱, 应立即补充体液及电解质, 维持有效循环量, 保持足够的尿量 (> 50 ml/h)。依病情可选用白蛋白、血浆代用品、鲜血, 并给予复方氨基酸等予营养支持治疗。

1.2.2 减少胰液分泌 禁食及胃肠减压可减少胃酸和食物刺激胰液分泌, 禁食一般 1 ~ 2 周, 待患者症状和体征消失后可适当给予流质饮食, 并逐渐过度到常规饮食。H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂, 可减少酸性胃液对十二指肠的刺激, 从而减少胰腺外分泌, 另还可以预防应激性溃疡的发生, 如用洛塞克或高舒达 40 mg 静滴, 1 次/d, 静脉滴注, 连续使用 2 周左右。生长抑素有显著的抑制胰液和胃液分泌的作用, 如生长抑素 14 肽施他宁 (stilamin), 首剂 250 ug 静注, 随后每小时静滴 25 ug, 持续 1 周左右; 或生长抑素 8 肽奥曲肽 (善宁 Octreotide), 首剂 100 ~ 200 ug 静注, 继以每小时静滴

25 ug, 持续 1 周左右。

1.2.3 抑制胰酶药物的应用 根据药物的作用原理, 抑制胰酶的分为抑制胰酶合成、抑制胰酶分泌和抑制胰酶活性三类药物^[3]。如选用抑制胰蛋白合成药物乌司它丁 10 万 U 溶于 5% 葡萄糖或 0.9% 氯化钠溶液 250 ml 中, 2 次/d, 连用 3 d 后改为 10 万 U, 1 次/d, 持续 3 ~ 7 d。

1.2.4 及早预防性使用抗生素 预防性使用能通过血胰屏障并发挥有效作用的抗生素能提高疗效, 并减少并发症的发生。常选用喹诺酮类, 三代头孢菌素并加甲硝唑或替硝唑等。如亚胺培南-西拉司丁钠 (imipenem), 1.0 g/d, 静脉滴注, 对革兰阳性菌, 革兰阴性菌, 厌氧菌均有效。应根据患者的实际情况决定使用抗生素的时间, 一般持续使用 2 周。同时要防止真菌感染。

1.2.5 对症支持治疗 在明确诊断后如镇静、止痛, 营养支持治疗等。

1.3 疗效评定标准^[4] (1) 临床痊愈标准为: ①患者无不适感觉; ②查体无阳性体征; ③血尿淀粉酶在正常范围内; ④超声或 CT 复查无积液、假性囊肿、脓肿。(2) 明显好转标准为符合: ①上述第 1、2 项; ②血尿淀粉酶稍高但 < 2 倍正常值, 或超声或 CT 复查有积液、假性囊肿, 但无脓肿。

2 结果

2.1 实验室结果 患者经治疗后, 体温、血淀粉酶、血糖、白细胞、血钙均恢复正常水平。5 例 (10%) 尿淀粉酶稍高于正常。

2.2 临床疗效 51 例患者经积极内科综合治疗后, 痊愈 39 例 (76.5%), 好转 8 例 (15.7%), 转外科治疗 2 例 (3.9%), 死亡 2 例 (3.9%)。出院时 2 例胰腺囊肿未完全吸收, 1 例胰周有少量积液。51 例患者住院平均天数 (30 ± 7) d。

2.3 合并症 1 例患者出现急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 死亡, 1 例患者出现多脏器功能障碍综合征 (MODS) 死亡。

3 讨论

3.1 患病率及病因 老年人急性胰腺炎的患病率有上升趋势^[1]。由于女性胆系疾病患病率相对较高, 因此一般认为老年急性胰腺炎以女性多见。本组资料男女比率为 0.82:1, 但据欧洲一组大样本急性胰腺炎发病率调查显示男女比例为 1.8:1^[5], 男性患者明显多于女性, 其原因可能与男性饮酒较

多以及男性胆囊结石的患病率比女性偏高有关。从本研究可知胆源性因素仍是老年 AP 患者发病的首要因素,老年人胰腺功能减退,暴饮暴食或进较多高脂饮食也是诱发急性胰腺炎的主要因素,老年急性胰腺炎中特发性因素的比例较高。

3.2 临床特点 (1) 临床表现不典型:一方面是临床症状轻、表现不典型,另一方面是病情进展快、易恶化。(2) 腹痛不明显:急性胰腺炎的最常见首发症状是腹痛,但老年人由于腹肌萎缩,腹壁松弛,反应迟钝及对疼痛敏感性差,常缺乏明显的腹膜炎表现,而以休克、胸腹腔积液或器官衰竭等为主要表现,因此对老年急腹症不明显,但出现不明原因的多器官并发症者,应及时行血尿淀粉酶及影像学检查,以明确诊断。(3) 病情进展快:由于老年机体组织和脏器功能退化,代偿、免疫和储备能力减退,加上并存病(如高血压、糖尿病等)多,抵抗力和控制感染能力弱,耐受和调节能力差,易出现脱水及酸碱失衡及电解质紊乱,病情进展迅速,早期易出现感染性休克,从而导致 ARDS 和 MODS。(4) 淀粉酶及 B 超、CT 检查对诊断有辅助:血、尿淀粉酶检查呈明显增高,影像学检查如报道 B 超对老年急性胰腺炎诊断符合率为 55.9%^[6],CT 增强扫描对急性胰腺炎的诊断、病情分级和预后判断有重要价值^[7]。

3.3 治疗措施 老年 AP 以非手术治疗为主,即使有手术指征,也要严格选择手术时机及方式。主要治疗措施有:(1) 早期有效扩容,改善有效血液循环量,维持水电解质平衡及营养支持,预防各种并发症及防止并存病。(2) 抑制胰腺分泌和胰酶活性:早期运用生长抑素不仅可抑制胰腺分泌,还对胰腺细胞有保护作用,抑制炎性介质,防止全身炎症反应;如

乌司它丁不仅具有抑制胰蛋白酶等各种胰酶活性的作用,还具有稳定溶酶体膜、抑制溶酶体酶的释放、抑制心肌抑制因子产生和释放、抑制炎症介质释放和改善微循环状态等作用。因此应尽早使用抑制胰腺分泌和胰酶活性的药物,阻断胰酶的进一步激活与释放。(3) 预防感染:对于胆源性因素引起的 AP,应尽早应用通过血胰屏障并发挥有效作用的抗生素头孢三代、喹诺酮类等并加用抗厌氧菌的抗生素。而对于其它因素引起的 AP 仍可预防性地使用抗生素。

参考文献

- 1 Gloor B, Ahmed Z, Uhlw, et al. Panceatic disease in the elderly [J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2002, 16(1): 159-170.
 - 2 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(3): 236-238.
 - 3 王世鑫. 急性胰腺炎[J]. 中国临床医生, 2006, 35(6): 17-19.
 - 4 杨正福. 重症急性胰腺炎的内科综合治疗. 中国医药导报, 2008, 5(3): 42-43.
 - 5 Gullo L, Migliori M, Olah A, et al. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality [J]. Pancreas, 2002, 24(3): 223-227.
 - 6 熊建群, 梁伟翔, 谢亦农, 等. 超声对老年人急性胰腺炎的诊断价值[J]. 中华超声影像学杂志. 1999, 8(2): 117.
 - 7 Lankisch PG, Struckmann K, Assmus C, et al. Do we need a computed tomography examination in all patients with acute pancreatitis with in 72h after admission to hospital for the detection of pancreatic necrosis? [J]. Scand J Gastroenterol, 2001, 36(4): 432-436.
- [收稿日期 2010-02-04][本文编辑 黄晓红 韦颖(见习)]

经验交流

两种材料修复楔状缺损的临床疗效观察

方萍, 陈燕, 黎石坚, 唐继伟, 韦艺, 杨剑少, 李炎

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院口腔科

作者简介: 方萍(1962-), 女, 大专, 主治医师, 研究方向: 护牙素对正畸牙面脱矿修复的临床研究

[摘要] 目的 对比观察 GC Fuji IX GP 加强型玻璃离子水门汀和 3M Z250 光固化复合树脂修复中度牙颈部楔状缺损的临床疗效。方法 将楔状缺损患牙随机分为两组, A 组使用 GC Fuji IX GP 加强型玻璃离子水门汀充填, B 组使用 3M Z250 光固化复合树脂进行充填, 充填 1 年后复查其疗效。结果 A 组成功率为 91.3%, B 组成功率为 81.1%, 经统计学检测 A 组较 B 组疗效好。结论 GC Fuji IX GP 玻璃离子具有良好的生物相容性, 热膨胀系数接近牙体硬组织, 边缘密合好, 对牙髓刺激小, 可释放氟起到防龋作用, 是一种较为理想的楔状缺损修复材料。

[关键词] 楔状缺损; 玻璃离子; 复合树脂

[中图分类号] R 783.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)08-0767-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.08.28