

平明显下降,比较后发现 CRRT 对于 I ~ III 型疗效优于 IV ~ V 型 CRS,其原因可能与各型 CRS 病理生理机制不同有关。徐建国等^[12]研究显示与治疗前相比,经 48 h CRRT 治疗后 I 型 CRS 患者平均动脉压、中心静脉压、休克指数、浅快呼吸指数、氧合指数、尿量、血浆氨基末端 B 型利钠肽前体、肌酐、碳酸氢根等均明显好转,认为 CRRT 对于伴有严重利尿剂抵抗的重症 CRS 患者价值极大,可能甚至是唯一的治疗选择。本研究结果显示治疗总有效率达 92.7%,I 型 CRS 患者经 CRRT 积极治疗后,肾脏功能指标、心脏功能指标及其他指标均较治疗前有了明显好转,与上述临床报道一致,提示 CRRT 治疗能有效改善 I 型 CRS 患者肾脏和心脏功能,使病情得到有效缓解,改善临床预后。

综上所述,CRRT 治疗 I 型 CRS 疗效确切,能同时改善患者心脏和肾脏损害,是挽救患者生命的重要手段,值得临床推广应用。

参考文献

1 徐光顺,胡 泉.连续性静脉-静脉血液滤过治疗心肾综合征的疗效分析[J].临床急诊杂志,2014,15(5):300-301.
2 李 杏,毛慧娟,俞香宝,等.连续性血液滤过治疗心肾综合征患者预后因素分析[J].中国血液净化,2013,12(12):665-670.

3 湛怡璞.心肾综合征:概念,分类与思考[J].中华内科杂志,2010,49(7):553-554.
4 生 杰,王 媛,刘春艳,等.4 种血液净化方式治疗老年 I 型心肾综合征的疗效评估[J].中国全科医学,2015,18(22):2671-2675.
5 尹 锐.检测 B 型尿钠肽对慢性心肾综合征患者诊断和治疗的临床意义[J].中国临床新医学,2013,6(10):980-982.
6 李军辉,盛晓华,程东生,等.行连续性肾脏替代治疗的 I 型心肾综合征患者的临床分析[J].上海医学,2015,38(5):404-408.
7 Prins KW,Wille KM,Tolwani JA. Assessing continous renal replacement therapy as rescue therapy for diuretic resistant cardiorenal syndrome 1[J]. Clin Kidney J,2015,8(1):87-92.
8 Ronco C,McCullough P,Anker SD,et al. Cardio-renal syndromes: report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative[J]. Eur Heart J,2010,31(6):703-711.
9 于 红,刘 丹,周秀华.连续性肾脏替代疗法在急性心肾综合征中的应用[J].中国老年学杂志,2011,31(12):2344-2345.
10 衣沈妮,胡 丹,尹海燕,等.全身炎症反应综合征病人 CRRT 后相关免疫和炎症指标的变化及意义[J].齐鲁医学杂志,2013,28(3):247-252.
11 杨春霞,汪 蓉,郭学珍.连续性肾脏替代治疗不同类型心肾综合征的临床研究[J].心血管康复医学杂志,2015,24(5):565-568.
12 徐建国,徐 敏,李 钰,等.连续性肾脏替代治疗在 I 型心肾综合征中的应用价值[J].医学研究杂志,2015,44(4):103-106.

[收稿日期 2016-04-12][本文编辑 黄晓红]

学术交流

完全腹腔镜与开腹行脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门脉高压症的临床效果比较

朱怡贵, 罗永香, 郑达武, 劳景茂

作者单位: 535000 广西,钦州市第一人民医院肝胆外科

作者简介: 朱怡贵(1979-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:肝胆外科疾病的诊治。E-mail:1572281606@qq.com

【摘要】 目的 探讨完全腹腔镜与开腹行脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门脉高压症的安全性及临床疗效。方法 回顾性分析该院 72 例门脉高压症患者完全腹腔镜与开腹行脾切除联合贲门周围血管离断术的临床治疗效果。结果 完全腹腔镜组术中平均出血量、术后并发症发生率、住院时间与病死率明显低于开腹组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 门脉高压症患者行完全腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术,安全可靠,创伤小,出血量少,并发症少,恢复快,值得临床推广。

【关键词】 门脉高压症; 完全腹腔镜; 脾切除; 贲门周围血管离断术

【中图分类号】 R 616.5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2017)02-0168-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.02.23

Comparison of the clinical effects between laparoscopy and open surgery on portal hypertension in pericardial devascularization and splenectomy ZHU Yi-gui, LUO Yong-xiang, ZHENG Da-wu, et al. Department of Hepatobiliary Surgery, the First People's Hospital of Qinzhou City, Guangxi 535000, China

[Abstract] Objective To investigate the safety and clinical efficacy between laparoscopy and open surgery for portal hypertension in pericardial devascularization and splenectomy. Methods The clinical data were retrospectively analyzed in 72 cases with portal hypertension in which laparoscopy and open surgery were performed for portal hypertension in pericardial devascularization and splenectomy. Results The average amount of bleeding, the rate of postoperative complications, the length of hospital stay and the mortality rate in the patients with laparoscopy were significantly lower than those in the patients with open surgery($P < 0.05$). Conclusion Laparoscopy is safe and effective for the treatment of portal hypertension in the patients with pericardial devascularization plus splenectomy.

[Key words] Portal hypertension; Laparoscopy; Splenectomy; Pericardial devascularization

门脉高压并发食管胃底静脉曲张引起的急性上消化道出血,病情危重,病死率高。临床上常采用的治疗方法是贲门周围血管离断术,切除肿大的脾脏,离断食管周围的血管,治疗效果较好,但创伤大,术后并发症多,患者恢复周期长,预后差,风险高^[1]。随着腹腔镜技术的成熟,完全腹腔镜微创术式已广泛应用于临床,手术成功率高,术后并发症少。本文探讨完全腹腔镜与开腹行脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门脉高压症患者的安全性及治疗效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012-02 ~ 2015-12 我院收治的 72 例肝硬化门脉高压症患者,其中男 42 例,女 30 例,年龄 23 ~ 69 (43.22 ± 4.68) 岁。术前经腹部彩超、胃镜、X 线钡餐等检查明确诊断为重度食管静脉曲张,伴有脾功能亢进,有反复上消化道出血史。术前诊断:乙肝后肝硬化 43 例,丙肝后肝硬化 12 例,无肝炎病史有大量饮酒史 9 例,血吸虫性肝硬化 2 例,多次硬化注射史 6 例。肝功能 Child 分级:Child A 级 44 例,Child B 级 28 例。所有患者脾脏无大量腹水,能较好地耐受手术全麻,排除左上腹手术史,无腹腔镜手术相关禁忌证。根据手术方式分为完全腹腔镜组 45 例和开腹组 27 例,均为择期手术。两组患者的性别、年龄、肝功能分级等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较[$n, (\bar{x} \pm s)$]

组 别	例数	性别		年龄 (岁)	肝功分级	
		男	女		Child A	Child B
完全腹腔镜组	45	27	18	44.19 ± 5.72	28	17
开腹组	27	15	12	43.08 ± 5.83	16	11
χ^2	-	0.137		0.791	0.062	
P	-	0.711		0.431	0.803	

1.2 方法

1.2.1 术前准备 清除腹水,护肝治疗,低蛋白达到 32 g/L 以上,间歇静脉滴注血浆和维生素 K₁。灌肠清洁,采用流质饮食,避免术后的胃扩张。

1.2.2 手术要点 (1)完全腹腔镜组:气管插管全身麻醉,患者取头高脚低 20 cm 左右,适当调节手术台使仰卧位,留置胃管、尿管。选择脐下为入镜孔,建立气腹,保持压力在 12 ~ 14 mmHg 探查肝脏的硬化程度,脾脏的大小,位置及其粘连情况,医生在右侧从脾下极开始自下而上交替游离切断脾结肠韧带、脾胃韧带和脾肾韧带,切开脾蒂的浆膜层,分离、夹闭脾动脉,挽住脾蒂,用套扎线、血管夹分离脾门血管与胰尾,切除肿大的脾脏。离断贲门周围血管后,吸出脾血,取出脾脏,创面填塞干纱布。超声刀完全夹断再进行手术,防止脾被膜被撕裂。重建气腹,逐一离断胃小弯侧血管、胃后静脉、食管周围的穿支静脉以及胃底下段血管,至游离食管下段 8 ~ 10 cm,离断胃网膜左静脉及胃短静脉至贲门,离断左膈下静脉,阻断黏膜下、胃肌层血流,离断过程中尽量保持其完整性。术后将脾脏装入标本袋,检查脾床无出血后,用生理盐水彻底冲洗腹腔。重新建立气腹,腹腔镜下确认无出血,于脾窝处放置一条引流管后关闭腹腔^[2]。(2)开腹组:气管插管全麻,切口经腹直肌,结扎脾动脉,切断脾周围韧带,分次结扎、切断脾蒂血管,切除脾脏。离断胃短静脉、胃冠状静脉,结扎离断胃后静脉及左膈下静脉,阻断门奇静脉之间的反常血流。引流管放置脾窝处,切口逐层缝合,关闭腹腔^[3]。

1.2.3 术后处理 进行输血浆、利尿、胃肠减压、护肝和抗炎等治疗,监测血小板,适当给予低分子肝素,定期 B 超复查门静脉系统及上消化道钡餐或者行上腹部 CT 增强扫描。

1.3 观察指标 记录所有患者的手术时间、术中失血量、并发症发生率、住院时间和死亡例数。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件进行数据分析,计量数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 2 两组患者临床疗效比较 [$(\bar{x} \pm s)$, $n(\%)$]

组 别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后并发症 (n)	住院时间 (d)	死亡人数 (n)
完全腹腔镜组	45	232.47 ± 33.65	235.26 ± 124.09	3 (6.67)	5.23 ± 1.54	0 (0.00)
开腹组	27	341.60 ± 47.28	340.44 ± 147.36	9 (33.33)	15.61 ± 2.72	3 (11.11)
t/χ^2	—	11.416	3.244	8.640	20.711	5.217
P	—	0.000	0.002	0.003	0.000	0.022

3 讨论

肝硬化引发门脉高压,门静脉血流受阻,导致门静脉血流动力学发生异常,发生急性上消化道大量出血,病死率高。临床上常采用贲门周围血管离断术进行治疗,阻断门静脉的反常血流,疗效较好。但是门脉高压症患者脾肿大、凝血功能障碍、脾功能亢进、侧支循环丰富,血管壁脆弱、迂曲扩张易出血、血小板极低等,术中分离时很容易发生大出血^[4],离断、脾脏切术难度大,风险大。传统的开腹手术操作时间长,术中出血量大,康复慢,预后差,不易被患者接受。随着腹腔镜技术的发展,微创手术能够顺利完成复杂的手术,大大降低了手术的风险和难度,提高了手术安全性,缩短了术后恢复时间,越来越多的人选用此种术式。

3.1 术后并发症 门静脉血栓是术后并发症之一,最终导致小肠坏死、肝功能恶化等,严重危及患者生命。本文完全腹腔镜组术后并发症有 3 例,开腹组 9 例,表明微创治疗对患者内环境平衡干扰较小,对机体应激反应系统刺激也较小等^[5]。

3.2 手术技巧 (1)病例选择脾肿大长径需 < 20 cm 患者,脾下极不超过脐平面以下,脾右缘不超过正中线,完全腹腔镜延伸,突出腹腔镜器械的长度优势,能灵活地游离脾周韧带,多角度牵拉,并且术野暴露清晰^[6]。(2)随时做好发生出血中转开腹的准备,中转不及时,患者易出现肝肾功能衰竭,危及生命。利用完全腹腔镜,中转开腹迅速,有效降低病死率。(3)设备齐全、技术娴熟且配合默契的前提下进行此手术,便于交替使用 10 mm 套管,灵活处理操作孔。超声刀定位准确,分离迅速,有效控制术中出血,提高了手术安全性。(4)在分离和断离脾蒂时

完全腹腔镜组 45 例,无死亡病例;开腹组 27 例病死 3 例(凝血机制障碍 1 例,肝衰竭 1 例,消化道大出血 1 例)。术后均复查提示静脉曲张明显好转。完全腹腔镜组术中平均出血量、术后并发症发生率、住院时间与病死率均明显低于开腹组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

要先易后难,注重对脾动脉的结扎,分离结扎脾动脉主干,手术中对于曲张静脉应禁止使用超声刀,可减少出血,缩小脾脏,便于手术操作^[7],有利于减少术后肝衰竭等严重并发症的发生,提高了手术安全性。(5)术后积极治疗,止血药物需谨慎使用,预防性使用低分子肝素进行抗凝,减少门静脉系统血栓的发生。

3.3 两种术式疗效比较 传统的开腹脾切除联合贲门周围血管离断术效果明显,但手术创伤大,术后并发症多,术后愈合慢。完全腹腔镜创伤小、术中内环境干扰小、对机体应激反应系统刺激小、术后并发症少、能够早期活动、恢复快、预后好,目前已广泛应用于临床中。本研究完全腹腔镜组无死亡病例,开腹组病死 3 例,完全腹腔镜组术中平均出血量、术后并发症发生率、住院时间与病死率均明显低于开腹组 ($P < 0.05$)。相比传统开腹手术,完全腹腔镜术式较准确、安全、术中出血量少,创伤小、恢复快、术后切口感染及积液等,降低了手术难度和风险^[8]。而临床治疗中,常规微创治疗失败,即术中出血无法止血,再进行开腹手术。

综上所述,完全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术可以有效控制出血,改善脾功能亢进,创伤小,出血量少,并发症少,术后恢复期短,疗效好,预后好,安全可靠,值得临床推广。

参考文献

1 唐才喜,陈 迅.腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症 34 例体会[J].肝胆胰外科杂志,2015,27(6):512 – 514.

2 胡碧川.全腹腔镜下贲门周围血管离断术治疗门脉高压症的临床疗效[J].医学信息,2014,27(4):448.

3 王鹏飞.手助腹腔镜与开腹脾脏切除联合贲门周围血管离断术临床对比分析[J].中外医疗,2015,34(25):111 – 113.

4 刘滨洋,刘祖定,伍家发,等.完全腹腔镜脾切除断流术在肝硬化门静脉高压症中的应用效果[J].当代医学,2015,21(8):68-69.

5 陈 迅,唐才喜.腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗门静脉高压症[J].医学临床研究,2015,32(11):2248-2250.

6 王 亮,张俊斌,齐 鑫,等.全腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术临床体会[J].中华临床医师杂志(电子版),2015,9(1):165-167.

7 刘勇峰,梅乐园,袁江涛,等.全腹腔镜下脾切除联合贲门周围血管离断术 19 例体会[J].肝胆胰外科杂志,2013,25(2):141-142.

8 许 斌,刘 妮,许建华.手助腹腔镜脾切除联合贲门周围血管离断术治疗肝硬化门脉高压症[J].中国普通外科杂志,2015,24(1):145-148.

[收稿日期 2016-04-12][本文编辑 刘京虹]

肺炎型肺腺癌一例

• 病例报告 •

周慧会, 刘 琳, 杨明炜, 向志雄, 张宏伟

作者单位: 448000 湖北,荆门市第二人民医院呼吸内科(周慧会,刘 琳,杨明炜),影像科(向志雄,张宏伟)
作者简介: 周慧会(1985-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:呼吸内科常见疾病及危重病的诊治。E-mail:huihui277027963@163.com
通讯作者: 张宏伟(1986-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:影像学研究。E-mail:hongwei277027963@163.com

[关键词] 肺炎; 肺腺癌; 诊断
[中图分类号] R 56; R 445 [文章编号] 1674-3806(2017)02-0171-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.02.24

1 病例介绍

患者,男,60岁,因“发现右肺占位性病变1周”入院。无发热、畏寒、消瘦、盗汗、胸痛、胸闷、心悸、气短、咳嗽、咳痰等症状。1年前因“反复痰中带血半年,胸痛1月”于2015-05-08到我院行肺部CT检查,结果显示“右肺上叶见斑片状高密度模糊影,以磨玻璃病变为主,考虑右上肺感染,建议治疗后复查”,并于我院行正规抗炎治疗1周后复查肺部CT(2015-05-15)无明显变化后出院,出院后行诊断性抗结核治疗1月后复查肺部CT仍无明显好转故停药,后又间断口服头孢类、甲硝唑等药物治疗约1月后痰中带血及胸痛均缓解,于2015-09-09复查肺部CT(图1)考虑右肺上叶感染性病变大致同前,仍以磨玻璃病变为主,建议随访;患者因经济原因中断复查,此次入院前一周于外院行肺部CT示右上肺占位性病变,建议进一步检查。入院时查体:体温36.6℃,脉搏58次/min,呼吸19次/min,血压148/78 mmHg,双肺未闻及啰音,心腹未见异常。辅助检查:2016-05-29行肺部增强CT(图2),见右上肺一直径约1.2 cm大小结节状软组织影,边缘毛糙,周边见结节状及斑点状高密度影,增强扫描右上肺结节软组织影不均匀轻度强化,考虑结核并结核球形成可能性大,不排除其他,建议进一步检查。于

2016-06-01行右上肺叶切除+淋巴结清扫术,快速病检提示右上肺腺癌,后病理结果回报示右上肺肠型肺腺癌,肺内多发病灶(图3),术后患者预后目前尚可,需进一步定期复查及随访。

2 讨论

2.1 肺炎型肺癌由于临床表现不典型,无特异性,故容易误诊,为提高诊断率,近年来一直被高度关注,并有临床医生相继发个案报道来提高对其的认识及了解^[1],同时也有不少学者综合阐述肺炎型肺癌的诊治进展^[2]。肺炎型肺癌的影像学表现可为磨玻璃密度影、片结影、实变影、空泡及蜂窝状阴影、混合型阴影^[2]。在国外已有多人报道磨玻璃病变为主的肺癌的特点及治疗^[3],但在我国报道尚少,我院最近亦诊治1例肺炎型肺癌,影像学从磨玻璃密度为主的阴影逐渐向结节状软组织影过渡,此病例不是单纯的某一种类型,而是由磨玻璃型向结节状软组织影的过渡,是两种类型的转换,所以具有特殊性,故报告此病例希望能进一步加强临床医生对肺炎型肺癌的认识及辨别能力。本病例中的患者虽通过复查尚能及时发现肺癌,术后预后暂时尚可,但该患者病理结果回报考虑已有肺内转移,后期生存质量肯定差,故病程随访中若能及时复查或进一步检查,能更早发现病变的进展,生存时间会更长。该