

断中的临床意义[J]. 中国综合临床, 2004, 20(12): 1106.

- [2] 卢兴国. 现代血液形态学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003.
- [3] 刘红, 陈幸华, 孔佩艳, 等. 骨髓活检塑料包埋法在确定全血细胞减少病因诊断中的价值[J]. 重庆医学, 2005, 34(9): 1294.
- [4] 溥权, 杨梅如. 血液病骨髓病理诊断手册[M]. 北京: 科学出版社, 2003.

[5] 周格琛, 贺望桥, 梁委军, 等. 骨髓涂片联合骨髓活检诊断低增生性白血病[J]. 重庆医学, 2010, 39(5): 573-574.

[6] 夏云金, 刘瑜, 万楚成, 等. 骨髓活检组织印片在骨髓转移癌诊断中的价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2008, 23(3): 270-271.

(收稿日期: 2010-07-07)

临床研究

关节镜在痛风性膝关节炎诊疗中的应用

邓 森, 李 杰, 曹国永, 周 强(武警重庆总队医院骨科 400061)

【摘要】 目的 探讨关节镜下采用清除尿酸盐结晶治疗膝急性痛风性关节炎的价值和疗效。方法 应用关节镜对 9 例(11 膝)患者, 采取关节镜下探查, 取样病检、清除滑膜、软骨面尿酸盐结晶治疗。结果 所有病例均获随访, 随访时间 6~18 个月, 平均随访 11.7 个月。术后患者即觉疼痛缓解明显, 恢复良好。结论 关节镜对诊断、治疗膝急性痛风性关节炎操作简单, 安全有效, 可明显改善关节功能和减轻疼痛症状, 提高生活质量。

【关键词】 痛风; 关节炎; 关节镜

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.031

中图分类号: R684.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2010)23-2622-02

痛风系嘌呤代谢障碍所致的一组疾病, 四肢关节和肾脏是其好发部位, 尤其第一跖趾关节、膝、踝关节多见。近年来, 由于人们生活水平的提高, 饮食结构的改变, 痛风性膝关节炎出现逐渐增多的趋势^[1]。通常痛风性关节炎急性期经秋水仙碱、非甾体药物治疗后, 关节炎症反应可以迅速缓解, 但也存在治疗效果不佳, 反复发作。且部分病例因表现不典型而发生误诊、漏诊, 延误诊治。本组对 9 例痛风性膝关节炎, 经常规治疗后关节仍反复肿痛的患者采用关节镜辅助下的关节腔探查、尿酸盐结晶清理术, 取得较理想的疗效。现对其初步应用报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 9 例(11 膝), 全为男性患者, 年龄 21~56 岁, 平均 35.3 岁, 左膝 3 例, 右膝 4 例, 双膝 2 例。术前诊断为痛风性膝关节炎 5 例, 滑膜炎 3 例, 化脓性关节炎 1 例, 血尿酸增高的 4 例, 临床症状主要表现为膝关节反复疼痛(多为深夜痛)、关节红肿、发热、关节活动受限等。临床查体均存在关节周围广泛触压痛, 浮髌试验阳性。都服用过抗生素、非甾体抗炎药物及接受过物理治疗, 有 5 例服用过秋水仙碱及饮食控制、碱化尿液等治疗, 疗效不佳。2 例经糖皮质激素局部治疗后疼痛复发。

1.2 手术方法 患者仰卧位, 选用腰麻或硬膜外麻醉, 患肢驱血后常规用大腿止血带, 压力为 280~300 mm Hg, 常规入路置入关节镜, 探查关节腔, 见关节液淡黄浑浊, 关节滑膜增生、充血, 9 例患者滑膜上均可见尿酸盐结晶附着, 进行关节滑膜及尿酸盐结晶清理术, 切除增生滑膜, 清除尿酸盐结晶, 同时尽量彻底清除沉积在关节内其他结构表面的晶体及脓苔等。拟送检标本用乙醇固定。磨平被侵蚀的软骨面, 以减慢关节软骨的进一步损害。修整退变的组织, 退镜, 结束手术。病理检查均证实为尿酸盐结晶。

1.3 术后处理 冰袋间断敷患膝 24~48 h, 以减轻疼痛及炎症反应。术后膝关节加压包扎避免生成过多积液。术后 8 h

开始被动踝关节背伸和跖屈练习, 促进下肢血液循环, 防止静脉血栓形成。继续给予控制饮食, 大量饮水、碱化尿液、非甾体药物等治疗。

2 结果

术后无关节感染病例。手术次日均感疼痛明显缓解, 有 1 例患者出现关节积液, 关节穿刺抽液后缓解。术前血尿酸有增高的 4 例患者, 术后血尿酸均明显下降至正常范围。所有病例均获随访, 随访时间 6~18 个月, 平均随访 11.7 个月。VAS 评分从术前平均 8.9 分下降到术后 3 个月 3.0 分, 术后 6 个月 2.6 分, 术后 9 个月 2.4 分。

3 讨论

近年来急性痛风性关节炎的发病率日见增多, 因对疾病了解不彻底或患者症状不典型, 急性期常易和急性化脓性关节炎、蜂窝组织炎混淆, 反复发作时易误诊为风湿性关节炎, 类风湿关节炎等疾病。往往单纯根据血尿酸高低来作为诊断标志, 不了解急性期时, 血尿酸正常并不能否定痛风的诊断。因急性发作时肾上腺皮质激素分泌增多, 尿酸代谢加强, 或利尿作用加强, 血尿酸可暂时正常^[2]。且痛风首次发作、合并感染等情况时, 血尿酸也往往不高^[3]。这就造成了诊断、治疗的困难。

本组病例通过关节镜术中探查, 滑膜活检找尿酸盐结晶。虽然急性期痛风性关节炎在关节镜下表现并无特异性表现, 但钳取滑膜组织找尿酸盐结晶, 仍有较大诊断价值。术中钳取滑膜组织时, 要注意在滑膜增生明显处取样并不一定能找到尿酸盐结晶。应多点取样, 分别送检, 滑膜组织送检时应予乙醇固定, 以防结晶溶解, 提高阳性检出率。其次关节镜下对关节的清理、冲洗可有效地清除炎性介质、尿酸盐结晶、坏死滑膜组织、脓胎, 可有效消除关节的肿胀、疼痛。目前急性痛风性关节炎多能通过饮食控制、药物治疗取得较好效果, 但对诊断不清, 反复发作的病例, 关节镜检不仅可帮助明确诊断, 同时还可以行关节内清理, 清除关节内沉积的尿酸盐结晶, 冲洗关节腔, 减少炎症反应介质刺激, 减轻关节内炎性反应, 防止关节内

感染及痛风的反复发作;修整关节软骨面,减缓关节面的进一步损害,延缓晚期骨性关节炎的发生^[4]。

关节镜损伤小,恢复快。且可通过滑膜活检排除其他疾病,同时能有效缓解痛风性关节炎急性期的疼痛,预防复发。均说明关节镜术在痛风性关节炎的诊疗上有良好的应用前景。

参考文献

[1] Suresh E. Diagnosis and management of gout : a rational approach[J]. Postgrad Med J, 2005, 81: 572-579.

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 891-897.
 [3] 张敏, 陈元庄, 黄远翘, 等. 关节镜术诊治急性期痛风性关节炎[J]. 临床骨科杂志, 2002, 5(1): 54-55.
 [4] 张羽飞, 许春利, 王福生, 等. 关节镜在诊治急性踝关节痛风性关节炎中的应用[J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(2): 133-134.

(收稿日期: 2010-07-05)



56 例急性重症胰腺炎临床治疗体会

朱小林¹, 徐海燕² (重庆市垫江县人民医院: 1. 肝胆外科; 2. 消化内科 408300)

【摘要】 目的 探讨重症急性胰腺炎(SAP)的治疗方法。**方法** 回顾性分析本院 2000 年 1 月至 2010 年 5 月收治的 56 例急性重症胰腺炎患者的临床资料, 其中保守治疗 35 例, 手术治疗 21 例。**结果** 35 例非手术患者中死亡 6 例(17.1%), 21 例手术治疗患者中死亡 3 例(14.3%)。**结论** 对于急性重症胰腺炎的治疗, 应采取个体化治疗方案, 按不同的病因和不同的病期进行合理的临床综合治疗。

【关键词】 重症胰腺炎; 保守治疗; 手术治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.23.032

中图分类号: R657.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2010)23-2623-02

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是一种临床常见且来势极为凶险的急腹症,其特点是发病急、病情发展迅速,治疗效果较差,病死率高达 20%~40%^[1]。其预后与早期的诊断及治疗方法的选择密切相关。本院 10 年来,收治的 56 例,对其临床资料进行回顾分析,治疗体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 56 例,均符合目前关于 SAP 的诊断标准^[2],其中男 25 例(44.6%),女 31 例(55.4%);年龄 18~82 岁,平均 45.2 岁。其中胆源性胰腺炎 22 例,非胆源性胰腺炎 34 例,合并高血脂 14 例,糖尿病 17 例,冠心病、高血压者 19 例。所有患者均有不同程度的腹胀、腹痛、恶心、呕吐及腹膜炎体征。42 例高热,20 例黄疸,15 例休克。血清淀粉酶大于 500 U/L 48 例(85.7%),尿淀粉酶大于 1 000 U/L 42 例(75.0%);白细胞计数均超过 10.0×10⁹/L。56 例均行腹腔穿刺,阳性 50 例(89.3%),穿刺液为血性、淡血性或脓性液。52 例腹部 B 超及计算机断层扫描(CT)检查显示胰腺体积增大,密度不均,周围积液,腹腔积液,胆源性者同时见胆囊或胆管内结石,有的伴有胆囊增大或胆道扩张。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术治疗 (1)吸氧、禁食、胃肠减压;(2)补液、抗休克,纠正水电解质平衡,纠正酸中毒,预防治疗低血压,维持循环稳定;(3)用抑制胰腺分泌药物(5-氟尿嘧啶、生长抑素等);(4)早期选择性使用抗生素,一般选用能通过血胰屏障的广谱抗生素;(5)肠外营养支持,防止电解质紊乱,减少机体消耗,改善负氮平衡,增强黏膜抗损伤及修复能力;(6)静脉滴注奥美拉唑减少胃酸分泌,预防治疗应激性消化道出血;(7)解痉止痛;(8)静滴丹参或低分子右旋糖酐以改善胰腺微循环;(9)保肝治疗;(10)必要的中药对症治疗。

1.2.2 手术治疗 保守治疗无效,胆源性胰腺炎合并胆道梗

阻,非手术不能缓解;继发性胰周感染者需行手术处理。6 例行胰腺被膜切开减压,坏死组织清除并加引流;15 例行胆道减压加胰腺被膜切开,胰床及腹腔多管引流。

2 结果

全组 56 例,痊愈 47 例(83.9%),死亡 9 例(16.1%)。非手术患者 35 例,治愈 29 例(82.3%),死亡 6 例(17.7%),其中 3 例死于器官功能障碍综合征(MODS),2 例死于严重感染和休克,1 例死于肾功能衰竭。手术患者 21 例,治愈 18 例(85.7%),死亡 3 例(14.3%),其中 1 例死于 MODS,1 例死于严重感染和休克,1 例死于肾功能衰竭。

3 讨论

SAP 是一种病因复杂、病情险恶的急腹症,是一种爆发性的全身性炎症反应综合征(SIRS)^[3],SAP 是由多种炎性介质参与的 SIRS。SAP 时,在损伤因子的使用下,释放大量的炎性介质和各种细胞因子进入血液循环,不仅激活自身,也能促进其他因子的释放,引起连锁放大反应,导致组织损伤,引起 SIRS 和多器官功能衰竭。SAP 的病理生理变化,一般为早期的血管活性物质中毒期致使有效循环、血容量下降、出现休克及后期的感染并发症期。在早期因胰腺局部微循环障碍在其病程中起重要作用,而针对微循环的治疗能减少胰腺坏死组织的发生,降低病死率^[4]。因此在治疗过程中静滴血管活性药物如丹参或低分子右旋糖酐以改善胰腺微循环也是非常有效的。

该病是一种胰腺局部炎性反应诱发的全身炎性反应综合征,早期手术可能加重全身炎性反应,增加胰腺感染机会,从而增加并发症和病死率。治疗阻断早期炎性介质会进一步引起全身反应在急性重症胰腺炎治疗的早期尤为重要。而一旦炎性介质的连锁反应启动,将导致全身状况的进一步恶化。在治疗上已逐渐认识到对急性反应期盲目手术治疗只会加重对机体的损伤,加重急性全身炎性反应,增加手术病死率,因此“个